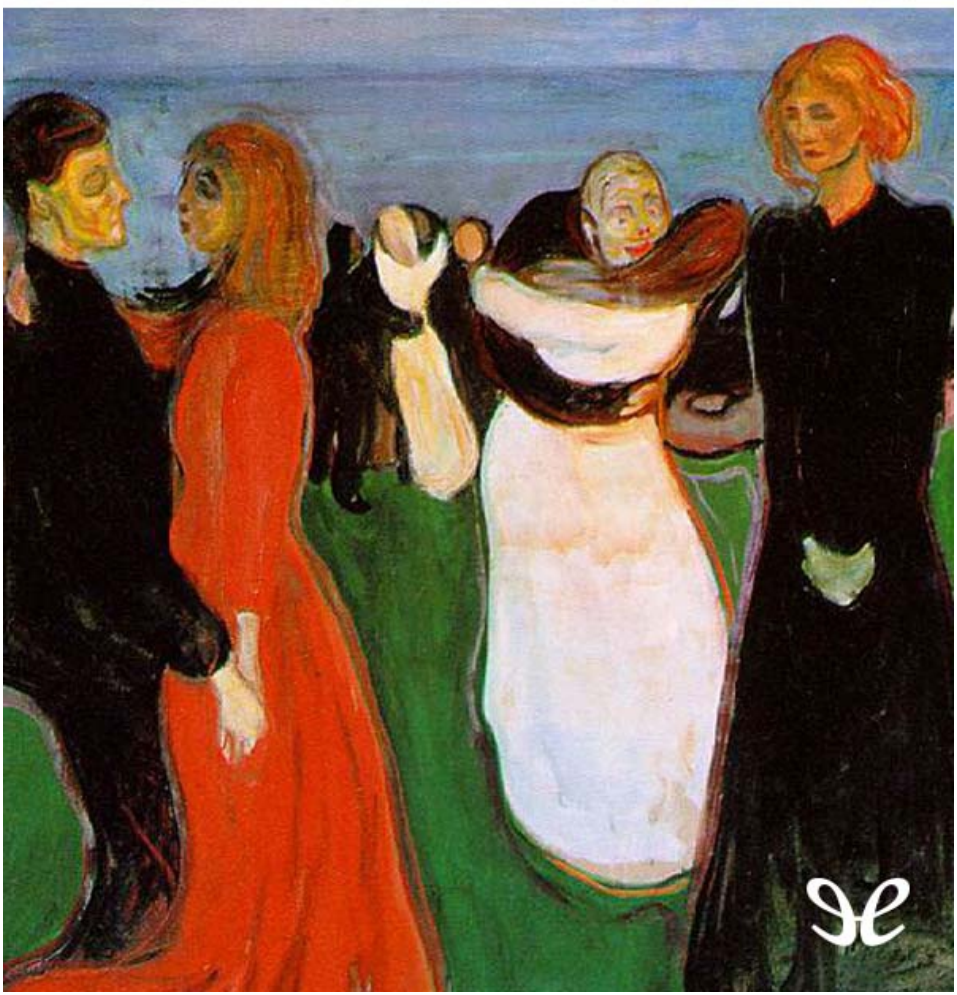
Thomas SZASZ

esquizofrenia

EL SÍMBOLO SAGRADO DE LA PSIQUIATRÍA



Esquizofrenia: el símbolo sagrado de la psiquiatría ofrece un panorama general de la psiquiatría moderna, comprendiendo el concepto como coerción social y opresión médica en el desarrollo de la vida cotidiana y la terapia clínica. El núcleo del trabajo del doctor Thomas Szasz se sitúa en la linea divisoria que separa a la psiquiatría tradicional (partiendo de los trabajo de Freud, Jung, Adler, etc.) de la nueva antipsiquiatría (con los estudios de R. D. Laing y otros).

Szasz ejerce, con la minuciosa recopilación de datos y ejemplos clínicos, una rigurosa crítica que desemboca en el análisis de una invención: esquizofrenia y el «tratamiento del esquizoide», la relación arbitraria en el plano de los contrarios que se niegan y se oponen entre el psiquiatra-paciente. La investigación confirma de igual modo la contraparte: la teoría de la locura en términos existenciales, cuya consecuencia es la propuesta del posible enfermo únicamente como un individuo dividido y sin rasgo alguno de anormalidad.

Thomas Szasz

Esquizofrenia

El símbolo sagrado de la psiquiatría

ePub r1.0
Titivillus 13.04.15

Título original: *Schizophrenia: the sacred symbol of psychiatry*
Thomas Szasz, 1979
Traducción: Mercedes Benet
Retoque de cubierta: Titivillus

Editor digital: Titivillus
ePub base r1.2

Los poderes legítimos del gobierno tienen jurisdicción sólo sobre los actos en la medida en que son dañinos a otros. Pero no me daña el que mi vecino afirme que hay veinte dioses o ninguno. No me está robando ni me está rompiendo una pierna… La represión… puede fijarlo obstinadamente en sus errores, pero no los curará.

THOMAS JEFFERSON (1781)

AGRADECIMIENTOS

En el otoño de 1974, recibí una invitación para dar una conferencia en la Septuagésimosegunda Reunión Anual de la Sociedad Japonesa de Psiquiatría y Neurología. El asunto principal de la Reunión, que debía efectuarse en Tokio, en mayo de 1975, era: "¿Qué es la esquizofrenia?".

Esta invitación, y el agradable plan de poder hablar también en la Universidad de Kioto, me dieron ánimos de volver a revisar mis contribuciones a este tema, mismas que había hecho hace 20 años[1]*, y reafirmar, de una manera sistemática, mis puntos de vista sobre lo que —en ambas, la psiquiatría y la antipsiquiatría— ocurre ahora bajo el nombre de esquizofrenia. Pronto me encontré escribiendo muchas más palabras de las que podía decir en la conferencia. El resultado es este libro. Las referencias ocasionales que hago en él a la psiquiatría japonesa —que de otra manera no hubiera hecho, pero no vi la razón de suprimir— son, por lo tanto, atribuibles a esta circunstancia.*

Deseo tomar esta oportunidad para agradecer, una vez más, a mis anfitriones en Japón, particularmente al Dr. Tadao Miyamoto, Presidente de la Septuagésimosegunda Reunión Anual de la Sociedad Japonesa de Psiquiatría y Neurología; al Dr. Tomio Hirai, Presidente de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología; al Dr. Kiyoshi Ogura de Tokio; al Dr. Hiroshi Ohashi, Profesor de Psiquiatría y Neurología de la Universidad de Kyoto; al Dr. Kotaro Nakayama de Kyoto; y al Dr. Kenji Sakamoto de Osaka. Les estoy agradecido, no sólo por invitarme al Japón, sino también por hacer que mi visita fuera agradable en lo personal, y compensatoria en lo profesional.

Deseo agradecer también a George Szasz, mi hermano; a Margot Szasz Peters y a Susan Marie Szasz, mis hijas; a Ronald Carino, a Joseph DeVeaugh-Geiss, a Jonathan Ecker, y a Kathleen McNamara, mis amigos y colegas; a Paul Neuthaler, mi editor en Basic Books; y a Debbie Murphy, mi secretaria. Todos han sido generosos y benévolos al

proporcionarme su ayuda para la realización de este libro.

PREFACIO

Todo grupo u organización cuyos miembros están unidos por ideas e ideales comunes tiene sus símbolos y rituales distintivos. Para los cristianos, el símbolo más sagrado es la cruz y el ritual más reverenciado la misa; para los médicos, existe el grado de doctor y el diagnóstico de la enfermedad.

Las personas, en tanto que individuos y miembros de un grupo, cuidan estos símbolos y rituales como a sus posesiones más valiosas que deben ser protegidas de usurpadores, especialmente de los que no son miembros del grupo. En efecto, los contemplan como cosas sagradas cuya pureza deben salvaguardar vigilantemente contra la contaminación de los que están dentro del grupo así como de los que están fuera.

Los psiquiatras constituyen un grupo. Ya que son médicos, su gremio es un subgrupo de la profesión médica como un todo. Por lo tanto, los dos grupos tienen en común el grado de doctor y el diagnóstico de la enfermedad como su principal símbolo y ritual. Tienen también en común muchos de los otros símbolos y rituales de la medicina, como la bata blanca, las recetas, el uso de los hospitales, las clínicas, las enfermeras, y las medicinas. Si éstos son los símbolos y rituales que tienen en común los médicos y los psiquiatras, ¿cuáles son los símbolos y rituales que los distinguen?

El símbolo que caracteriza más específicamente a los psiquiatras como miembros de un grupo distintivo de doctores es el concepto de esquizofrenia; y el ritual que más claramente los distingue es el diagnóstico de dicha enfermedad en personas que no desean ser sus pacientes.

Cuando un sacerdote bendice agua, ésta se convierte en agua bendita —y por lo tanto es portadora de los poderes más beneficiosos. De una manera similar, cuando un psiquiatra maldice a una persona, ésta se convierte en una esquizofrénica —y por lo tanto es portadora de los

poderes más malignos. Como "divino" y "demoniaco", "esquizofrénico" es un concepto maravillosamente vago en su contenido y espantosamente aterrador en sus implicaciones.

En este libro trataré de mostrar cómo la esquizofrenia se ha convertido en el Cristo en la cruz que veneran los psiquiatras, y en cuyo nombre avanzan en la batalla para reconquistar la razón de la sinrazón, y la salud de la insania; cómo la reverencia hacia ésta se ha convertido en el distintivo de la ortodoxia psiquiátrica, y la irreverencia hacia ésta en el distintivo de la herejía psiquiátrica; y cómo nuestra comprensión de ambas, la psiquiatría y la esquizofrenia, puede ser ampliada si tomamos este "diagnóstico" como si fuera un símbolo religioso y no una enfermedad médica.

CAPÍTULO I

LA PSIQUIATRÍA: EL MODELO DE LA MENTE SIFILÍTICA

¿Qué es esquizofrenia? ¿Qué quiere decir el término *esquizofrenia*? En su sentido más primario, podríamos decir que esquizofrenia es una palabra —una idea y una "enfermedad"— inventadas por Eugen Bleuler, así como psicoanálisis es una palabra —una idea y un "tratamiento"— inventada por Sigmund Freud, y Coca-Cola es un nombre —una idea y un refresco— inventado por cualquiera que lo haya inventado[1]. Lo que deseo enfatizar ahora, desde el comienzo, es que la pretensión de que algunas personas tienen una enfermedad llamada esquizofrenia (mientras que otras se supone que no la tienen) se basó tan sólo en la autoridad médica y no en algún descubrimiento médico; que fue, en otras palabras, el resultado de una decisión política y ética y no de un trabajo empírico o científico[2]. Para poder apreciar la naturaleza y la importancia de esta distinción, tendremos que revisar, breve pero cuidadosamente, nuestro concepto de enfermedad, en especial tal y como era considerado en el contexto de la cultura médica en que Bleuler anunció su invento.

Tratemos de proyectamos hacia atrás en el tiempo dentro de las mentes de los médicos y psiquiatras de, digamos, 1900. Cuando ellos hablaban de enfermedad, ¿qué significaba? Significaba, de modo característico, algo como la sífilis. "Conozcan la sífilis en todas sus manifestaciones y relaciones", declaró *Sir* William Osler (1849-1919), "y podrán conocer todo lo clínico"[3]. Obviamente, esto ya no es verdad hoy en día. De hecho, ¿cuántos casos de sífilis ven los estudiantes de medicina modernos? En los Estados Unidos,

la máxima de Osler ha sido sustituida por otra que asevera que, “La enfermedad mental es nuestro principal problema de salud”. Esto convertiría a la esquizofrenia —la más común o lesiva de las así llamadas enfermedades mentales— en la sucesora de la sífilis de Osler, y de inmediato nos mostraría la distancia que nos separa de él. Porque, con seguridad, un medio puede saber todo lo que hay sobre la esquizofrenia y sin embargo ser un ignorante en medicina.

La imagen de Osler nos señala una lección que olvidamos a nuestro propio riesgo. Esta lección es el acuerdo entre los médicos modernos en tanto que científicos —tácito pero sin embargo total— de que Harán todo lo que puedan por distinguir las quejas, de las lesiones, el ser un paciente del tener una enfermedad; y su determinación de contemplar como una enfermedad, sólo aquellos procesos que ocurran en el cuerpo (humano o animal) que puedan identificar, medir, y demostrar de una manera objetiva y psicoquímica. Esta era una de las razones por las que la sífilis fue el paradigma médico de la enfermedad en los comienzos del siglo. Otra fue porque era muy común. Y la tercera fue que la infección sifilítica podía afectar innumerables órganos y tejidos, causando lesiones discretas que podían nombrarse con exactitud, y sin embargo que eran todas una parte de la enfermedad sistemática general llamada sífilis. Gracias al trabajo de numerosos investigadores médicos de principios de siglo, los médicos finalmente comprendieron que, fenómenos biológicos distintos en lo absoluto como el chancro genital de la sífilis primaria, la dermatitis de la sífilis secundaria, y la parálisis general de los locos de la sífilis terciaria, eran todas, de hecho, manifestaciones diferentes del mismo proceso de enfermedad llamada sífilis.

Lo que volvió importantes estos monumentales descubrimientos médicos, aparte de los beneficios profilácticos y terapéuticos para los que fueron esenciales, es que pavimentaron el camino para establecer los criterios empíricos y epistemológicos para poder juzgar si una persona estaba o no enferma de sífilis. En otras palabras, con el desarrollo de los claros criterios anatómicos, histológicos, bioquímicos, inmunológicos y clínicos para determinar la sífilis, fue posible establecer, con un alto grado de seguridad, no sólo que ciertas personas en las que hasta entonces no se sospechaba la enfermedad, eran en efecto sifilíticas; sino que otras,

que estaban bajo sospecha de serlo, no lo eran.

Estos desarrollos fueron de máxima importancia para los médicos, incluyendo los psiquiatras que trabajaban en aquel tiempo. Aproximadamente en 1900, la psiquiatría europea era una especialidad médica totalmente establecida. Su respetabilidad, política y científica, dependía de una manera total de la perspectiva médica —quizá debiéramos decir de la premisa médica— de que los pacientes del psiquiatra, al igual que aquellos de los médicos o cirujanos, sufrían alguna enfermedad. La diferencia, bajo este punto de vista, entre los pacientes del psiquiatra y los que no eran pacientes del psiquiatra, era que mientras que las enfermedades de los últimos les causaban fiebre y dolores, las de los primeros les causaban alucinaciones y delirios. Por lo tanto, para Theodor Meynert (1833-1892), el profesor de Freud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Viena, estaba claro que enfermedad significaba anormalidad anatómica, y de acuerdo con eso, investigó y postuló dichas anormalidades como responsables de todas las así llamadas enfermedades mentales. Su "teoría vasomotora", según los escritos de Zilboorg, "combinada con el delineamiento sistematizado de lo que cada parte del sistema nervioso central hace o no hace en las enfermedades mentales, permitió a Meynert ofrecer una clasificación de las enfermedades mentales sobre una base tan sólo anatómica"[4]. Meynert trató de reducir la psiquiatría a neurología y, bastante razonable y reveladoramente, objetó no sólo las explicaciones psicológicas de las así llamadas enfermedades psiquiátricas, sino incluso al término *psiquiatría* en sí.

El descubrimiento del origen sifilítico de la paresia fue una confirmación científica brillante de su hipótesis orgánico-psiquiátrica —por ejemplo, que las personas cuyos cerebros son anormales tienden a comportarse de una manera que por lo común se considera anormal. Con la paresia como su paradigma, la psiquiatría se convirtió en el diagnóstico, el estudio y el tratamiento de las "enfermedades mentales" —es decir, de procesos biológicos anormales dentro de la cabeza del paciente manifestados por los "síntomas" psicológicos y sociales de su enfermedad. La psiquiatría —ya sea orgánica o no, de la misma manera que Freud y sus seguidores se han suscrito a este modelo tan fanáticamente como sus oponentes orgánicos[5]— se unió de modo inevitable, por lo

tanto, a la medicina, y a sus conceptos centrales de enfermedad y tratamiento. Es necesario que se entienda con precisión cómo sucedió esto.

Hay experiencias que podemos leer y conocer intelectualmente, pero sin vivirlas de manera personal no podemos apreciar su completo impacto humano. La mayoría de las personas que tienen buena salud no pueden, en este sentido, comprender lo que es estar desesperadamente enfermo; las que son ricas, lo que es ser desesperadamente pobre.

De la misma manera, hoy en día, la gente no puede comprender el impacto que ejerció la neurosífilis sobre la psiquiatría institucional durante las cruciales cuatro primeras décadas de su existencia —es decir, entre 1900 y 1940. La mayoría de los psiquiatras que practican en la actualidad en las principales sociedades industriales nunca ven un paciente con neurosífilis. La mayoría de los médicos no han visto ninguno en toda su vida. Para los estudiantes de medicina, la enfermedad es algo ya casi legendario —en el sentido de que es esotérica y extinta— como lo fue la lepra hace algunas generaciones.

Precisamente contra esta base contemporánea debemos volver a revisar la frecuencia y reconsiderar el papel de la neurosífilis durante las décadas formativas de la psiquiatría moderna. Hasta el advenimiento de la penicilina en los años cuarenta, una gran proporción de los pacientes que se admitían en los sanatorios mentales de todo el mundo sufrían de paresia general; he aquí algunas estadísticas: en el hospital mental de Dalldorf en Berlín, del 22 al 32% de los pacientes admitidos entre 1892 y 1902 tenían paresia. En el Hospital Central del Estado en Indianápolis, Indiana, entre 1927 y 1931, del 20 al 25% de los pacientes recién ingresados padecían paresia. En el Hospital para Enfermos Mentales de Tokio en 1930, el 30% de los pacientes que ingresaba padecía paresia[6]. Y así ocurría en todo el mundo.

¿Es de maravillarse, entonces, que la paresia quedara impresa de manera indeleble en la mente y la memoria de la psiquiatría? ¿Y que la psiquiatría todavía hable con el acento de la neurosífilis en sus labios? Para cambiar la metáfora, es como si la paresia hubiera sido un suceso traumático, o seguramente una serie de estos

sucesos, en la infancia de la psiquiatría. Ahora, mientras duerme, la psiquiatría todavía sueña con ella; cuando está despierta, contempla el mundo como si el espectro de la paresia acechara detrás de cada expresión idiota o pensamiento turbado. Por lo tanto, en la mente de muchos psiquiatras, la imagen de la perversa espiroqueta que volvía loca a la gente, ha sido reemplazada por la imagen de la perversa molécula que la vuelve loca.

Contemplada a través del pasado histórico que he delineado, la historia del origen de los conceptos modernos de *dementia praecox* y esquizofrenia aparece, a mi entender, a través de una luz bastante distinta de aquélla a través de la cual se la presenta de ordinario.

La forma oficial aceptada de esta historia es, brevemente, que en la segunda mitad del siglo XIX, los científicos médicos empezaron a identificar el carácter morfológico preciso y las causas materiales de muchas enfermedades, y que esto pronto los condujo a los métodos efectivos de prevención, tratamiento y cura de algunas de estas enfermedades. Por ejemplo, los médicos aprendieron a identificar muchas de las enfermedades infecciosas y sus causas: fiebre puerperal, tuberculosis, sífilis, gonorrea, escarlatina, etc.; también aprendieron a prevenir y curar algunas. De acuerdo con esta versión de la historia de la psiquiatría, de la misma manera que algunos investigadores médicos descubrieron e identificaron la difteria, otros —en particular Kraepelin— descubrieron e identificaron la *dementia praecox*; tal y como algunos descubrieron e identificaron la sífilis, otros —en particular Bleuler— descubrieron e identificaron la esquizofrenia.

Del modo que lo observo, esto no es lo que sucedió. Es cierto que al cambiar el siglo, los investigadores médicos descubrieron e identificaron un ejército de enfermedades —en particular, las principales enfermedades infecciosas de esa época. Pero no es verdad que los investigadores psiquiátricos hubieran descubierto e identificado algunas otras enfermedades —en particular, la *dementia praecox*, la esquizofrenia, u otras así llamadas psicosis funcionales (o neurosis). Los psiquiatras no hicieron descubrimientos según los cuales hubieran podido calificar como enfermos, bajo los criterios de Virchow —y no existían otros en ese tiempo— a las personas que supuestamente sufrían estas enfermedades.

Nunca se enfatizará lo suficiente en este aspecto, que hasta el

gran trabajo de Rudolph Virchow (1821-1902), *Die Cellularpathologie* (1858), el concepto de enfermedad era abstracto y teórico más que concreto y empírico; y que de nuevo fue abstracto y teórico con la introducción de los conceptos y términos psicopatológico, psicoanalítico, psicosomático y psicodinámico en la nosología.

Antes de Virchow, el modelo de la enfermedad era la "patología humoral"; después de él ha sido la "patología celular". Para precisar, más o menos hasta 1800 se suponía que las enfermedades se debían a un mal balance de los cuatro humores fluidos del cuerpo —es decir, la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra. Este concepto tuvo su origen en la época de los griegos. En 1761, Giovanni Morgagni, un anatomista italiano, demostró que las enfermedades no se debían al mal balance de los humores sino a lesiones en los órganos. Alrededor de 1800, Xavier Bichat, un anatomista francés, demostró que el cuerpo humano se componía de veintiún clases diferentes de tejidos, y sugirió que probablemente sólo algunos de los tejidos en un órgano dañado podrían estar afectados. Sin embargo, no fue hasta 1852, cuando Virchow dio sus famosas veinte conferencias, publicadas como *Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewerbelehre (Patología celular basada en la histología fisiológica y patológica)*, que se estableció con seguridad el término "patología celular" para el modelo de enfermedad[7]. De acuerdo con este punto de vista, "la enfermedad del cuerpo es una enfermedad de las células, y la curación del cuerpo puede efectuarse curando las células. La pregunta que el médico científico moderno se plantea cuando está tratando un caso es: ¿qué células están enfermas y qué se puede hacer para curarlas?"[8]. Este es el concepto básico y el modelo de la enfermedad en los países occidentales y en el discurso científico a través de todo el mundo.

Debe tomarse en cuenta, por lo tanto, que Kraepelin y Bleuler no descubrieron lesiones histopatológicas o procesos fisiopatológicos en sus pacientes. En vez de eso, actuaron *como si* hubieran descubierto tales lesiones o procesos; clasificaron a sus "pacientes" de acuerdo con ello; y se comprometieron ellos mismos y sus seguidores a establecer la identificación precisa de la naturaleza "orgánica" y la causa de estas enfermedades. En otras palabras,

Kraepelin y Bleuler no descubrieron las enfermedades que los hicieron famosos, sino que las inventaron[9].

A causa del papel dominante y la importancia de la esquizofrenia en la psiquiatría moderna, es fácil caer en la trampa de creer que la esquizofrenia siempre ha sido un problema importante en este campo y en el mundo. Sencillamente, esto no es cierto.

A decir verdad, el concepto de *dementia praecox*, tal y como lo conocemos ahora, fue inventado por Emil Kraepelin (1855-1926) en 1898. Desde entonces se le considera como un gran médico científico, como si hubiera descubierto una nueva enfermedad o desarrollado un nuevo tratamiento; de hecho, no hizo ninguna de las dos cosas. Lo que hizo, según Arieti —quien es muy respetuoso de su obra— fue esto: "La intuición de Kraepelin consistió en incluir tres condiciones bajo un síndrome"[10]. Las tres "condiciones" eran: "catatonia", o estupor, originalmente descrita por Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899); "hebefrenia", o comportamiento estúpido y altisonante, descrito parcialmente por Ewald Hecker (1843-1909); y "vesania típica", o alucinaciones y delirios, también previamente descrita por Kahlbaum. Lo que deseo enfatizar aquí, es que cada uno de estos términos se refiere al comportamiento y no a la enfermedad; a una conducta desaprobada, y no a un cambio histopatológico; de ahí que, se las pueda llamar vagamente "condiciones", pero no son, estrictamente hablando, condiciones médicas. Si ninguno de estos términos es una enfermedad, juntos tampoco lo serán. Sin embargo, lo desagradable de las personas que mostraban tal comportamiento "psicótico", la verdadera o aparente incapacidad social de los "pacientes", y el prestigio profesional de médicos como Kraepelin, fueron suficientes para establecer la *dementia praecox* como una enfermedad cuya histopatología, etiología y tratamiento, sólo esperaban los posteriores avances de la ciencia médica.

Sin esperar a que ocurrieran dichos avances, la enfermedad fue realzada etimológicamente. Se le cambió el nombre del latín al griego —es decir, de *dementia praecox* a esquizofrenia. Y su incidencia —es decir, su relevancia epidemiológica— aumentó con este cambio. Todo esto lo hizo Eugen Bleuler (1857-1939) quien, de

nuevo según Arieti,

> aceptó el concepto nosológico fundamental de Kraepelin pero ampliándolo, ya que consideraba que muchas otras condiciones como la psicosis con personalidades psicopáticas, las alucinaciones alcohólicas, etc., estaban relacionadas con la *dementia praecox*. Además, pensaba que la mayoría de los pacientes nunca son hospitalizados porque sus síntomas no son suficientemente graves; es decir, son casos latentes[11].

La imagen y el vocabulario de la sifilografía son indudables aquí: "casos graves" que requieren confinamiento, y "casos latentes" acechando por doquiera sin que el paciente se dé cuenta de que está enfermo. (De acuerdo con Freud, la homosexualidad y de modo virtual toda otra clase de "psicopatología" podría ser también manifiesta o latente). Ya que Bleuler tampoco descubrió una, enfermedad nueva ni desarrolló un nuevo tratamiento, su fama reside, en mi opinión, en haber inventado una enfermedad nueva —y, a través de ella, una nueva justificación para contemplar al psiquiatra como médico, al esquizofrénico como paciente, y a la prisión, en dónde el primero confina al último, como un hospital.

A pesar de esto, la pregunta permanecía: ¿Qué era exactamente la esquizofrenia? Eugen Bleuler respondió a esta pregunta —por lo menos a la satisfacción de la mayoría de los psiquiatras del pasado y el presente.

Antes de 1900 los psiquiatras creían que la paresia era debida a un mal hereditario, al alcoholismo, a fumar y a la masturbación. Estas creencias sólo son ahora de interés histórico, como la creencia en la posesión demoniaca o el exorcismo. Celebramos y acreditamos con descubrimientos a los médicos —Alzheimer, Schaudinn, Wassermann, Noguchi, y Moore— cuyas investigaciones demostraron irrefutablemente que la paresia se debía a, y era una manifestación de la sífilis.

De la misma manera, en la actualidad los psiquiatras creen que la esquizofrenia es debida a, y es una manifestación de una enfermedad orgánica del cerebro. La cita de Batchelor es ilustrativa: "Ambos, Kraepelin y Bleuler, creían que la esquizofrenia era el resultado de una perturbación patológica, anatómica o química del cerebro"[12]. ¿Por qué debería importamos lo que *creían* Kraepelin y

Bleuler? Bleuler también creía en la abstinencia del alcohol y en la interpretación metafórica y no literal de la eucaristía. Estas creencias de Bleuler son de tanta consecuencia para la histopatología de la esquizofrenia como las creencias religiosas de Fleming lo son para los poderes terapéuticos de la penicilina. ¿Por qué entonces continúan Jos psiquiatras registrando las *creencias* de Kraepelin y Bleuler sobre la naturaleza de la esquizofrenia? ¿Por qué no enfatizan en vez de eso la absoluta incapacidad de Kraepelin y Bleuler para sostener sus creencias con un poco de *evidencia* relevante?

De hecho, Kraepelin y Bleuler eran psiquiatras clínicos, no investigadores médicos, de ahí que no estuvieran en una posición favorable para proporcionar evidencia verdaderamente significativa que sostuviera sus creencias sobre la etiología o la patología de la esquizofrenia. En vez de eso, lo que hicieron fue redefinir sutilmente el criterio de la enfermedad, de la histopatología a la psicopatología —es decir, de la estructura corporal anormal al comportamiento personal anormal. Ya que, sin duda era cierto que la mayoría de las personas confinadas en hospitales mentales "se comportaban mal", esto abría el camino para trazar los mapas de la psicopatología, identificando enfermedades mentales "existentes" y "descubriendo" nuevas. Valdría la pena revisar con exactitud la manera en que Bleuler realizó este juego de manos científico. Las citas a continuación son de la obra de Bleuler *Dementia praecox o el grupo de esquizofrenias*, publicada en 1911:

> Con el término *dementia praecox* o "esquizofrenia" designamos un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, a veces marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier estadio, pero no permite la completa *restitutio ad integrum*. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento…[13]

Pero "alteración del pensamiento" no tiene relevancia desde el estricto punto de vista médico o psicoquímico. El hecho de que la paresia sea una enfermedad del cerebro no podría haberse establecido nunca estudiando el pensamiento de un paralítico. ¿Por qué entonces estudiar el de un esquizofrénico? No creo que sea para probar que está enfermo: eso ya ha sido establecido por la *conjetura* de la autoridad psiquiátrica cuyo poder, ni el paciente ni el lego

pueden igualar, y que ningún colega se atrevería a poner en duda. El pensamiento del esquizofrénico es, por lo tanto, anatomizado y patologizado para crear una ciencia de la psicopatología, y luego del psicoanálisis y de la psicodinámica, todas ellas, a su vez, sirven para legitimar al loco como paciente médico (psiquiátrico), y al doctor de locos como el curador médico (psiquiátrico).

A través de su libro, Bleuler enfatiza que el paciente esquizofrénico sufre de un "desorden de pensamiento" manifestado por un "desorden del lenguaje". Su libro está plenamente ilustrado con observaciones, respuestas, cartas y otras producciones lingüísticas de los llamados pacientes esquizofrénicos[14]. Presenta numerosos comentarios acerca del lenguaje, de los cuales el siguiente es un ejemplo típico:

> Bloqueo, pobreza de ideas, incoherencia, nebulosidad, delirio y anomalías emocionales se expresan en el lenguaje de los pacientes. Sin embargo, la anormalidad no yace en el lenguaje en sí, sino en su contenido[15].

Allí, y en otras partes, Bleuler se toma un gran trabajo para protegerse contra la impresión que pudiera dar, al descubrir al paciente esquizofrénico, de que sólo está describiendo a alguien que habla raro o de una manera diferente a la de él, y con quien él, Bleuler, está en desacuerdo. Nunca deja de enfatizar que este no es el caso, que, al contrario, el "paciente" está enfermo y su comportamiento lingüístico sólo es un "síntoma" de su "enfermedad". Aquí tenemos una de las manifestaciones de Bleuler que resume esta clase de argumento:

> La forma de expresión lingüística puede mostrar toda anormalidad imaginable, o ser absolutamente correcta. A menudo encontramos muy convincentes maneras de hablar en individuos inteligentes. A veces, no fui capaz de convencer a todo el público que asistía a mis demostraciones clínicas sobre la patología de tan grave lógica esquizofrénica[16].

La premisa y la postura de Bleuler aquí excluyen —y parecen proyectadas para excluir— el cuestionarse que el llamado esquizofrénico está "enfermo", que es en buena fe un "paciente". Sólo podemos preguntamos de qué manera está enfermo —qué

clase de enfermedad tiene, qué clase de “patología” exhibe su “pensamiento”. Estar de acuerdo con esto es, por supuesto, renunciar al juego antes de empezar a jugar.

De hecho, a menudo la única cosa que está “mal” (como si lo fuera) en el llamado esquizofrénico, es que habla en metáforas inaceptables para quien lo escucha, en especial su psiquiatra. Algunas veces Bleuler llega a estar cerca de este reconocimiento. Por ejemplo, escribe que,

> un paciente dice que está siendo “sometido a violación”, aunque su confinamiento en un hospital mental constituya una clase distinta de violación a su persona. En gran medida se emplean *metáforas inapropiadas*, particularmente la palabra “asesinato”, que se emplea constantemente para todas las formas de tormento y en las más variadas combinaciones (el subrayado es mío)[17].

Aquí tengo que admitir que tenemos la rara oportunidad de ver cómo el lenguaje expresa lo que es la quintaesencia humana, y, al mismo tiempo, de ver cómo el lenguaje puede ser usado para privar a los individuos de su humanidad. Cuando las personas aprisionadas en los hospitales mentales hablan de “violación” y “asesinato”, utilizan metáforas inapropiadas que significan que están sufriendo desórdenes de pensamiento; cuando los psiquiatras llaman a sus prisiones “hospitales”, a sus prisioneros “pacientes”, y al deseo de libertad de sus “pacientes”, “enfermedad”, los psiquiatras no utilizan metáforas, sino están declarando los hechos.

Lo más notable de todo esto, es que Bleuler comprendió a la perfección, probablemente mucho mejor que muchos psiquiatras actuales, que gran parte de lo que parece extraño u objetable en el lenguaje esquizofrénico es la manera en que tales personas utilizan la metáfora. Sin embargo, creyó justificado, basándose sólo en este hecho —como lo indica el ejemplo siguiente— contemplar a estas personas como enfermas en un sentido literal y no metafórico:

> Cuando una paciente declara que ella es Suiza, o cuando otra quiere llevarse un ramo de flores a la cama con el fin de no volver a despertar —estas manifestaciones parecen bastante incomprensibles a primera vista. Pero podemos explicar esto en virtud del conocimiento de que estos pacientes substituyen inmediatamente las semejanzas por identidades y piensan en símbolos con una mayor frecuencia que los

> sanos: es decir, emplean símbolos sin tener en cuenta si son apropiados en una situación dada[18].

La explicación de Bleuler a estos “síntomas” crea todavía posteriores problemas al psiquiatra, al lógico, y al de la libertad civil Ya que esta perspectiva psiquiátrica, ahora clásica, nos impone las siguientes preguntas: si lo que convierte a las manifestaciones “esquizofrénicas” en “síntomas” es el hecho de que son incomprensibles, ¿permanecen siendo “síntomas” cuando ya no son incomprensibles? Si las manifestaciones son comprensibles, ¿por qué confinar a aquellos que las pronuncian en manicomios? Realmente, ¿por qué confinar a la gente aunque sus manifestaciones sean incomprensibles? Estas son las preguntas que Bleuler nunca se hace. Incluso todavía en la actualidad estas preguntas no pueden plantearse en la psiquiatría, ya que tales interrogantes exponen los dominios de la psiquiatría como faltos de enfermedades visibles, de la misma manera que el emperador legendario carecía de ropa visible.

Consideremos, en relación con esto, a la mujer paciente de la que Bleuler escribe que ‘posee’ Suiza; y en el mismo sentido dice, ‘soy Suiza’. También puede decir ‘soy la libertad’, ya que para ella Suiza no significaba otra cosa que la libertad”[19]. ¿Qué es lo que convierte a esta mujer en una esquizofrénica” y no en una “poetisa”? Bleuler explica:

> La diferencia en el uso de tales frases en los sanos y los esquizofrénicos, reside en el hecho de que en los primeros es una simple metáfora; mientras que para los pacientes, la línea divisoria entre la representación directa e indirecta se ha borrado. El resultado es que a menudo piensan en estas metáforas en un sentido literal[20].

La fuente de la falacia egocéntrica y etnocéntrica de Bleuler se hace dramáticamente evidente. Si se trata de un psiquiatra católico que escribiera en un país católico, ¿se habría expresado tan altivamente al considerar la literalización de la metáfora como el síntoma cardinal de la esquizofrenia, la peor forma de locura conocida por la ciencia médica? Ya que, ¿cuál es, desde el punto de vista protestante, la doctrina católica de la transubstanciación, sino la literalización de una metáfora?[21]. *Mutatis mutandis*, yo sostengo que el concepto psiquiátrico de la enfermedad mental también es

una metáfora tomada en el sentido literal. La diferencia principal, bajo mi punto de vista, entre estas metáforas fundamentales, psiquiátrica y católica, y las metáforas de los llamados pacientes esquizofrénicos, no está en cualquier peculiaridad lingüística o lógica de los símbolos, sino en su legitimidad social —las primeras son metáforas legítimas y las últimas son ilegítimas.

Por lo tanto, de una manera lenta y sutil, pero segura, Bleuler —y por supuesto Freud, Jung, y los demás pioneros psicopatólogos y psicoanalistas— pudieron efectuar la gran transformación epistemológica de nuestra era médica: de la histopatología a la psicopatología. Actualmente no se tiene suficientemente en cuenta de qué modo tan estrecho trabajaron juntos estos tres hombres durante los años cruciales anteriores a la declaración de la Primera Guerra mundial, y cuán íntimamente entrelazados estuvieron en su desarrollo primario el psicoanálisis y la psicopatología. La primera revista psicoanalítica, publicada en 1909, se titulaba *Jahrbuch für Psychoanalytische und Psychopatologische Forschungen* (*Libro anual de investigaciones psicoanallticas y psicopatológicas*). Fue publicado por Eugen Bleuler y Sigmund Freud, y su editor era Carl Jung. Bleuler era entonces el profesor de psiquiatría, y Jung un *Privatdozent* en la Escuela de Medicina de la Universidad de Zürich[22].

El entusiasmo de Freud por patologizar la psicología —es decir, la vida misma— fue, por supuesto, desarrollado plenamente ocho años antes en su popular obra *La psicopatología de la vida cotidiana* (1901)[23]. Es en esta obra donde está principalmente expuesta "su creencia en la aplicación universal del determinismo a los sucesos mentales"[24]. Conceptos como "idea", "elección" y "decisión" se convierten en manos de Freud en "sucesos", y todos son "determinados". "Creo", escribe Freud, "en el azar (real) externo, es cierto, pero no en sucesos accidentales internos (psíquicos)[25]. De este modo Bleuler, Freud, y sus seguidores, han transformado nuestra imagen e idea de enfermedad, y nuestro vocabulario para describirla y definirla; de esta manera han desplazado lesión por lenguaje, enfermedad por desacuerdo, fisiopatología por psicohistoria —y, en general, histopatología por psicopatología.

Aunque la psiquiatría moderna empezó con el estudio de la paresia y el esfuerzo por curarla, pronto se convirtió en el estudio

de la psicopatología y los empeños por controlarla. La psiquiatría reemplazó, por lo tanto, a lo que antes se conocía por medicina de locos, y los psiquiatras desde entonces tomaron el papel de los doctores de locos —es decir, que controlaron a los desviados y no a las enfermedades. A través de esta transformación pseudocientífica del alienista en psiquiatra, la psiquiatría se convirtió en —y actualmente es aceptada como— el estudio "científico" del mal comportamiento y su control "médico". Y la esquizofrenia es su símbolo sagrado —la caja de Pandora que contiene la mayoría de todo el mal comportamiento que los psiquiatras, obligados por la sociedad o convencidos por su propio celo, están actualmente dispuestos a diagnosticar, pronosticar y aplicar terapias. Este papel ceremonial de la esquizofrenia en la psiquiatría, está ejemplificado por la publicación y el contenido del reciente *Estudio piloto internacional sobre la esquizofrenia*[26], realizado bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los autores de este estudio establecen las siguientes cuatro características —las llaman "criterios de limitación"— que cuando son observados en, o atribuidos a, una persona por el psiquiatra, determinan que esa persona es un esquizofrénico: "(1) Delirios. (2) Comportamiento definitivamente inapropiado o poco común. (3) Alucinaciones. (4) Desorden psicomotor craso; hiperactividad e hipoactividad… Los criterios de limitación 1-4 calificaban automáticamente al paciente para la inclusión, sin tener en cuenta la severidad de la sintomatología"[27].

El escrutinio científico más breve aplicado a esta lista, hace que sus pretensiones médicas y científicas se desvanezcan —como el fantasma del niño atemorizado desaparece cuando se enciende la luz de la habitación.

Delirios. Sabemos lo que son: creer que somos uno de los Escogidos; o que Jesús es el Hijo de Dios que murió, pero ha resucitado y está vivo actualmente todavía; o que Freud era un científico y que el psicoanálisis es una ciencia de la mente inconsciente; o que el oro siempre valdrá $35 (U. S.) la onza.

Comportamiento inapropiado o poco común. También lo conocemos cuando lo vemos: el ataque de Pearl Harbor, o la invasión de Vietnam; tener el pelo largo o el pelo corto o no tener pelo; inmolarse a sí mismo por el fuego, hacerse el *hara-kiri*, o

tirarse del puente Golden Gate.

Alucinaciones. Tampoco hay problema: comunicarse con deidades o muertos (y no tener éxito al invocar un "llamado divino" a ser un espiritista); o ver la propia infancia o sucesos ocurridos hace mucho tiempo (según el punto de vista mental propio) y relatarlos a alguien quien insiste que el hablante "de hecho" los está viendo.

Hiperactividad e *hipoactividad*. Esto tiene mucho que ver con nosotros: la jornada de trabajo de dieciocho o veinte horas de un ocupado doctor norteamericano; la vida de un trabajador americano sano, pero retirado a la fuerza, que pasa muchas horas sentado ante el portal de su casa o viendo la televisión. O algo que todavía tiene mayor relación con nosotros: el viajar cruzando la mitad del mundo para asistir a una reunión psiquiátrica y caer dormido cuando se escucha la presentación de las conferencias.

Espero que se disculpe mi ligereza. La utilizo, en este momento, deliberadamente para dramatizar el grado en que la psiquiatría ha sido viciada por gente que prefiere ser policía en vez de médico.

No olvidemos que la medicina había estado preñada de psiquiatría por mucho tiempo —casi 250 años, desde la mitad del siglo XVII, cuando fue impregnada de fundaciones de manicomios, hasta el final del siglo XIX y el principio del XX— cuando Kraepelin y Bleuler dieron a luz la especialidad médica viviente de la psiquiatría. Este nacimiento fue celebrado, como es debido, con un bautizo. El apellido del bebé era doble, tal y como corresponde a un vástago noble: medicina, por parte de la madre, y psiquiatría, por parte del padre. De ahí la especialidad de "medicina psiquiátrica". Por añadidura, la criatura debía también ser identificada con varios nombres: éstos le fueron dados por sus dos grandes parteros, Kraepelin y Bleuler, a quienes debemos los nombres *dementia praecox* y "esquizofrenia". Su legitimización autoritaria de toda clase de personas médicamente sanas como enfermas —es decir, como mentalmente enfermas—, fue el suceso crucial que simbolizó el nacimiento de la psiquiatría moderna. Así fue, en pocas palabras como ocurrió.

Cuando Kraepelin, Bleuler, y sus contemporáneos llegaron a ser psiquiatras, la psiquiatría ya era una rama establecida de la práctica

médica y médicolegal. Además, el verdadero ámbito de esta práctica era el manicomio u hospital mental, de la misma manera que el verdadero ámbito de la práctica del cirujano era la sala de operaciones. Lo que distinguía a un importante y exitoso psiquiatra de sus colegas psiquiatras menos importantes, y de sus colegas en otras especialidades médicas, era el hecho de ser director o inspector de un manicomio u hospital mental. Esto significaba que tenía la autoridad, a la vez médica y legal, para encerrar bajo llave a hombres y mujeres inocentes —a menudo a miles de ellos.

Por añadidura, siendo las definiciones médicas y sociales de la locura lo que eran (y todavía son), la mayoría de los pacientes que llegaba ante hombres como Kraepelin y Bleuler era considerada mentalmente enferma antes, a menudo mucho antes, de llegar ante estos psiquiatras. El resultado final fue que estos hombres reinaron en hospitales llenos de personas que eran contempladas de buena fe —por sus familiares, por otros médicos, por la ley, como pacientes. El apremio científico y social sobre estos hombres estaba, por lo tanto, abocado a una sola dirección: ¡definan al loco como enfermo y descubran de qué manera o por qué razón está enfermo!

Sin embargo, estos psiquiatras institucionales ¿no podrían haber tomado una posición científica más honesta y más independiente? ¿No podrían haberse preguntado que, como científicos médicos, uno de sus primeros deberes era asegurarse de lo que era y lo que no era una enfermedad? ¿Y descubrir entre las personas que se sospechaba estaban enfermas, y entre las que se quejaban, las que estaban enfermas y las que no lo estaban? ¿Y no podrían haber actuado de acuerdo con eso?

Si estos médicos hubieran tomado esta posición, podrían haberse también preguntado si de hecho, ¿no era uno de sus primeros deberes hacia los enfermos de sus hospitales el examinarlos médicamente; y declarar en base su examen, si los habían encontrado enfermos o no? De hecho, tomando el criterio Virchowniano de la enfermedad y los factores sociales de la psiquiatría que prevalecían entonces, no creo que Kraepelin, Bleuler, o los otros psiquiatras de ese periodo podrían haber tomado tal posición, y haberse salido con la suya. La razón es sencilla. Habrían tenido que llegar a la conclusión de que la mayoría de los “pacientes” en sus hospitales no estaban enfermos; por lo menos no

podrían haber encontrado nada palpablemente mal en la estructura anatómica o el funcionamiento fisiológico de sus cuerpos. Pero esto habría echado por tierra la justificación del confinamiento de sus pacientes, lo que, después de todo —y todos sabían esto, incluso si no estaban dispuestos a admitirlo— era la verdadera razón por la que esta gente era llamada "pacientes" y era "hospitalizada" en primer lugar[28].

De hecho, está muy claro que los psiquiatras institucionales dé esa época no podían haber declarado a sus "pacientes" como "médicamente sanos" y haber sobrevivido como profesionales, como médicos, y como psiquiatras. Incluso ahora tampoco pueden hacerlo. Los familiares de los "pacientes", sus médicos, y la sociedad en general, quería segregar ciertas personas perturbadoras, y lo había hecho en los manicomios. Esto era un hecho consumado —a gran escala— para cuando Kraepelin y Bleuler llegaron a la escena psiquiátrica. Si ellos hubieran afirmado que sus llamados "pacientes" (o muchos de ellos) no estaban enfermos, hubieran roto las bases más allá de la justificación aceptada para el confinamiento. La profesión médica, la profesión psiquiátrica, la profesión legal, y la sociedad como un todo, no podrían haber aceptado eso. Se hubieran deshecho de tales psiquiatras y los hubieran reemplazado con hombres que hubieran hecho lo que se esperaba de ellos. Y hubieran recompensado ampliamente a aquéllos que llenaban las necesidades de la sociedad manifestadas en el control social y las víctimas propiciatorias —como sin duda han recompensado a Kraepelin, Bleuler y sus leales seguidores inconscientes.

Esto es, brevemente, el por qué yo considero a Kraepelin, Bleuler y Freud los conquistadores y colonizadores de la mente del hombre. La sociedad, su sociedad, quería que ellos extendieran las fronteras de la medicina por encima de la ley y la moral y así lo hicieron; quería que ellos extendieran las fronteras de la enfermedad del cuerpo al comportamiento —y de esta manera lo hicieron; quería que ellos disfrazaran el conflicto como psicopatología, y el confinamiento como terapia psiquiátrica— y de esta manera lo hicieron[29].

He argumentado, que aislando la esquizofrenia, Bleuler no

identificó “sólo otra” enfermedad, como la diabetes o la difteria, sino que justificó la práctica establecida para el confinamiento de los locos por la hospitalización compulsiva. Bleuler estaba totalmente consciente de esto. En su monografía sobre la esquizofrenia dice: “Una vez que la enfermedad ha sido reconocida, debe decidirse la cuestión de si el paciente debe, o no debe, ser institucionalizado”[30]. ¿Por quién? Por supuesto, ¡Bleuler no pretende que esto sea decidido por el paciente! De ahí que, desde el punto de vista del “paciente” que no quiere ser confinado en un hospital mental, el llamado “reconocimiento de la enfermedad” es obviamente un acto dañino y no un acto de ayuda. También Bleuler reconoce la mayoría de esto:

> La institución como tal no cura la enfermedad. Sin embargo, puede ser válida desde el punto de vista educativo y puede aliviar estados agudos y agitados debidos a influencias psíquicas. Al mismo tiempo, lleva en sí el peligro de que el paciente llegue a estar demasiado alejado de la vida normal, y también de que sus parientes se acostumbren a la idea de la institución. Por esta razón, a veces es extremadamente difícil dar de alta a un paciente con gran mejoría después de que ha estado hospitalizado durante varios años[31].

En otras palabras, la función de la hospitalización involuntaria en el “esquizofrénico” es aliviar a sus parientes de la carga que él representa para ellos. Advirtiendo todo esto, Bleuler fue atrapado en las garras de un dilema moral que no podía resolver de modo satisfactorio. Como muchos juristas americanos antes de la Guerra Civil que desaprobaban la esclavitud moralmente, pero se encontraban atados por la Constitución y debían sustentarla como una ley, también Bleuler estaba atrapado entre las exigencias de la justicia y los dictados de la necesidad[32]. La justicia exigía que la gente diagnosticada como esquizofrénica fuera tratada, como otros pacientes, como ciudadanos libres y responsables. La necesidad dictaba que los “esquizofrénicos”, como los criminales convictos, fueran privados de su libertad. Lo más increíble era, que mientras Bleuler predicaba la libertad para los esquizofrénicos, practicaba la esclavitud psiquiátrica, y la legitimó por medio de una “teoría” pseudomédica, muy elaborada, a propósito de la “enfermedad” que transforma a los ciudadanos libres en esclavos psiquiátricos (es decir, pacientes esquizofrénicos)[33].

Bleuler sabía perfectamente bien que, de hecho, el diagnóstico de la esquizofrenia funcionaba y era utilizado como una justificación para la hospitalización compulsiva —de la misma manera que, en otro contexto, el "diagnóstico" de ser negro, funcionaba y era utilizado como una justificación para la esclavitud. Sin embargo, el aboga porque esto no sea utilizado así: "el paciente no debería ser admitido en el hospital sólo porque sufre de esquizofrenia, sino sólo cuando hay una indicación definida para su hospitalización"[34]. Pero mientras el "paciente" diagnosticado como esquizofrénico sea privado de su derecho a la autodeterminación, no tiene sentido el predicar este consejo de moderación psiquiátrica. Ya que si el confinamiento para los esquizofrénicos es una opción legal, ¿qué fuerza impedirá a los parientes, a las instituciones sociales y a los psiquiatras, confinar algunas o a todas las personas diagnosticadas como esquizofrénicas? No la hay, y Bleuler lo sabía. A pesar de ello, continúa definiendo su propio criterio de las indicaciones "correctas" para confinar a los esquizofrénicos:

> La indicación es dada, por supuesto, cuando el paciente se vuelve demasiado perturbador o peligroso, y entonces es necesario restringirlo, cuando representa una amenaza para el bienestar de los miembros sanos de su familia, o cuando ya no es posible influenciarlo. En este último caso, la institución intentará educar al paciente para actuar de una manera más aceptable, después de lo cual, debe ser dado de alta[35].

Al niño revoltoso se le ordena que se ponga frente a la pared, y después de eso, lo dejan reunirse otra vez con sus compañeros de clase. Sería difícil encontrar, e incluso imaginar, una denuncia más grave de la hospitalización mental involuntaria como intervención médica falsa, que el procedimiento para castigar y "educar" al niño desobediente o "paciente". Con ironía, en una nota de su discurso, Bleuler castiga a las instituciones "malas, que tienen demasiados pacientes" en las que los esquizofrénicos se convierten en "esclavos de trabajo del personal del hospital que los tratan como si fueran simplemente obstinados y gente sana"[36].

Hasta la Guerra Civil, la mayoría de los americanos no podían enfrentarse con el problema moral esencial de la servidumbre involuntaria, es decir, ¿qué otra cosa si no, justificaría la

esclavitud? De la misma manera, Bleuler y la mayoría de sus contemporáneos no podían, y la mayoría de la gente actualmente tampoco puede, enfrentarse con claridad al problema moral esencial de la psiquiatría institucional —es decir, ¿qué si no, justifica la hospitalización mental involuntaria y otras intervenciones psiquiátricas compulsivas? Este es el por qué, incluso hombres como Jefferson, elogiaban la libertad y practicaban la esclavitud, y el por qué, incluso hombres como Bleuler, elogiaban la tolerancia psiquiátrica pero practicaban la tiranía psiquiátrica.

Por sorprendente que parezca, mis suposiciones y aseveraciones encuentran su base en el texto original de Bleuler sobre la esquizofrenia. La mayoría de esta base está concentrada en el último párrafo de su largo libro. Aquí está, en las propias palabras de Bleuler, su reconocimiento de mis dos argumentos cruciales —es decir, que el psiquiatra institucional no es el agente del paciente sino el de la sociedad, y que la mayoría de sus intervenciones no son tratamientos sino torturas:

> El más serio de todos los síntomas esquizofrénicos es el impulso suicida. Estoy tomando esta oportunidad para definir claramente que nuestro sistema social actual exige una crueldad inapropiada y total del psiquiatra en este sentido. La gente es forzada a continuar una vida que ha resultado intolerable para ellos por razones válidas; esto en sí ya es bastante malo. Sin embargo, es incluso peor, cuando la vida se hace más y más intolerable para estos pacientes, al utilizar todo medio para someterlos bajo una vigilancia constante y humillante[37].

Esta es una aseveración muy honesta pero también muy autoincriminatoria por parte de Bleuler, ya que reconoce aquí que el psiquiatra no sólo actúa como un agente de la sociedad *vis-à-vis* con el paciente mental involuntario; ¡sino que también lo que la sociedad exige de su agente psiquiatra es la “crueldad”! Esto me parece muy semejante a reconocer que, digamos, en una sociedad inclinada a los métodos brutales de las ejecuciones, el Estado espera que sus verdugos torturen a sus víctimas; o que, en una sociedad totalitaria, se espera que los jueces presidan juicios en los que personas inocentes son de manera sistemática sentenciadas a castigos severos. Por execrables que parezcan todos estos arreglos, es importante recordar que en cada uno de ellos, el victimario es, más o menos, un agente libre. El Estado, incluso un Estado

totalitario, no fuerza a los individuos a ser verdugos brutales, o jueces corruptos o psiquiatras institucionales. Los individuos aceptan o toman estos papeles voluntaria o libremente —a cambio de servicios y bienes, es decir, el prestigio y el poder que la sociedad ha depositado en ellos por este trabajo sucio. Bleuler reconoce todo esto:

> La mayoría de nuestras peores medidas restrictivas serían innecesarias si no estuviéramos obligados por el deber | a preservar las vidas de los pacientes, las que, para ellos lo mismo que para los demás, sólo son de valor negativo. ¡Si todo esto sirviera por lo menos para algún propósito!… Estoy convencido que en la esquizofrenia, es esta vigilancia la que despierta, incrementa y mantiene, el impulso suicida. Sólo en casos excepcionales alguno de nuestros pacientes se suicidaría si se le permitiera hacerlo cuando quisiera. E incluso, si unos pocos más se suicidaran, ¿justificaría esta razón el hecho de que torturáramos cientos de pacientes y les agraváramos su enfermedad? En la actualidad, nosotros los psiquiatras cargamos con la responsabilidad trágica de obedecer los puntos de vista crueles de la sociedad; pero es nuestra responsabilidad hacer lo más que podamos para crear un cambio en estos puntos de vista para el futuro próximo[38].

No dudo de la sinceridad de Bleuler. Pero es una sinceridad cuya fuerza moral es mitigada a causa de su propia utilidad. Bleuler debió saber que nadie —especialmente en Suiza— es forzado a ser cruel con otro. Debió saber también, que atribuir a la sociedad toda la crueldad con que son tratados los locos —y también atribuirla a una, en grado excepcional, decente y civilizada sociedad como es la suiza— es poco sincero. El resultado —tan claramente conveniente — de la anterior explicación de Bleuler sobre las barbaridades psiquiátricas, es para implicar que los psiquiatras en general, y él en particular, no son culpables de ellos. Por el contrario, ¡todos están tratando de mejorar el sistema!

Ojalá hubiera sido verdad. La mejor parte del siglo XX ha pasado desde que Bleuler escribió las líneas antes mencionadas. Este fue un periodo de cambios tecnológicos y transformaciones sociales trascendentales. Lo único que ha permanecido sin cambios es la psiquiatría involuntaria: los pacientes mentales, en especial si son “peligrosos para ellos mismos o para otros”, todavía son confinados de la misma manera que lo eran en 1911; su confinamiento es

todavía racionalizado como “tratamiento”, del mismo modo en que lo era entonces; y son torturados y tratados con brutalidad (aunque los métodos de hacerlo han cambiado), del mismo modo como lo fueron entonces.

No podía haber sido de otra manera mientras un individuo o grupo prestigioso no se hubiera asignado o asumido una posición responsable de oposición a la psiquiatría involuntaria. Bleuler y sus colegas practicaban la psiquiatría involuntaria, y al hacerlo, autentificaban las mismas prácticas denunciadas por Bleuler. Los actos hablan mejor que las palabras. Los psiquiatras no podían remediar los errores morales que Bleuler ha señalado mientras participaran de ellos. Y todavía no lo pueden hacer. No es suficiente murmurar que la coerción psiquiátrica es mala; es necesario condenarla sistemáticamente y desecharla. Esta es la sencilla, pero inevitable lección, que la historia de la psiquiatría institucional nos ha enseñado.

Puede confirmarse mi tesis anterior, en una fuente por demás sorprendente. En 1919, cuando Bleuler tenía 62 años de edad y estaba reputado como el mejor psiquiatra de asilos en el mundo, escribió un pequeño libro que es, en efecto, un ataque a la psiquiatría de los asilos. Este libro extrañamente titulado *El pensamiento indisciplinado autístico en la medicina y cómo evitarlo*, es muy poco conocido[39]. Nunca se hace referencia a él dentro de los círculos psiquiátricos. Todo por buenas razones, como trataré de mostrar ahora.

En el prefacio a *Pensamiento autístico* —el título alude, por supuesto, al autismo, uno de los síntomas cardinales “bleulerianos” de la esquizofrenia— Manfred Bleuler, el hijo del autor y también un prominente psiquiatra institucional, observa que cuando su padre escribió este libro, “sólo era conocido por sus publicaciones acerca de los problemas psicopatológicos… [sin embargo], tuvo la audacia de escribir una mordaz, e incluso terrible crítica, sobre la práctica médica y la ciencia médica en un lenguaje sencillo, burdo y poco culto”[40]. La mayoría de la crítica de Bleuler en este libro se dirige de hecho, no contra la medicina, sino contra la psiquiatría —o contra ambas, hasta el punto de que Bleuler a menudo no hacía distinciones entre la medicina y la psiquiatría. Es importante hacer

énfasis en el hecho de que Bleuler escribió este libro en un "lenguaje burdo y poco culto". ¿Por qué este cambio de la jerga médica ocurriría en la persona que acuñó alguno de nuestros términos psiquiátricos clave, incluyendo "autismo" y "esquizofrenia"? Creo que es una indicación de que Bleuler reconocía que el uso de la terminología pseudomédica en la psiquiatría era en sí poco científico e inmoral. Pero ya es hora de dejar a Bleuler —el confesor, no el conquistador— hablar por sí mismo. Tratando de poner en su verdadero sitio la noción de que una persona está enferma sencillamente porque él o ella están tomando una "cura", Bleuler relata el siguiente episodio:

> No me acuerdo de los detalles, pero espero que podré darles el punto principal del problema. Una señora me dijo: "Mi hija pasó el invierno pasado en la Riviera y tomó una cura ahí. Luego fue a Baden-Baden al sanatorio del Dr. N.", (y después a algún otro lugar famoso, que la testigo no conocía de nombre), "y ahora está sometida a hidroterapia en St. Moritz y tomando una cura de aire fresco en Engadine".
> "¿Qué le pasa a su hija?" le pregunté.
> "Sí, tiene que recuperarse".
> "¿De qué?" le pregunté de nuevo.
> "Sí, sencillamente tiene que recuperarse".
> No hay ninguna diferencia entre esta situación y algunas otras prescripciones que tienen que ver con las curas de descanso… La cuestión del recuperamiento no tiene nada que ver con la recreación, y la ociosidad en un sanatorio puede hacer más daño que bien[41].

Unas líneas después, sobre la misma página, Bleuler ofrece una viñeta que ilustra bien de lo que se trata la "esquizofrenia". Es un grito distante de su primera visión de ella como una "enfermedad mental":

> Una mujer joven, recientemente dada de alta (de un sanatorio), está todavía delicada y también "nerviosa", de manera que el doctor le prohíbe aceptar un empleo o aprender algo que sea útil y que le dé sentido a su vida. ¿Qué puede hacer? No puede, en conciencia, casarse. O sea, que está *condenada a hacer de su enfermedad la carrera de su vida*, en otras palabras, vegetar y caer en la ociosidad… Ya que una mujer aunque no trabaje puede ganarse la vida con relativa facilidad este consejo es extremadamente peligroso. *Todavía es una cuestión abierta, y muy importante, si las mujeres tienen de verdad una mayor tendencia a las enfermedades nerviosas, o si son las oportunidades para llevar una existencia*

parasitaria las que constituyen la razón real de su mayor morbidez neurótica[42],[43].

En este libro, de hecho, Bleuler va más allá hasta reconocer que el concepto de la enfermedad mental, en especial como era utilizado en la psiquiatría institucional, no es para nada un concepto médico:

> Algunos aspectos del concepto de la enfermedad han sido por supuesto discutidos suficientemente… y la legislación moderna nos obliga a hacer una definición clara, aunque quizá fragmentaria, aquí y allá. Pero definiciones de este tipo son forenses y no médicas[44].

Estas aclaraciones, con las que estoy de acuerdo, son totalmente inconsistentes con el tratado de Bleuler sobre la esquizofrenia, y con su libro de texto sobre la psiquiatría, ¡ambos están dedicados a identificar y definir la "enfermedad mental" como médica, no forense, en sus conceptos y entidades!

A la mitad de este libro nos encontramos que Bleuler compara a los doctores con los esquizofrénicos —porque cada uno cree cosas para las que no existe evidencia, y porque a cada uno le gusta cubrir su ignorancia con un lenguaje florido:

> Administramos toda clase de tratamientos cuya eficacia no ha sido probada nunca, como la electricidad; o tratamientos sobre los que estamos poco informados, como el agua y la hidroterapia… siempre existe el impulso exagerado por "hacer algo" para combatir una enfermedad, en lugar de reflexionar con serenidad… Observamos esta necesidad de volubilidad entre los niños pequeños, entre los salvajes, entre los doctores, y en los cuentos de la mitología; también en alguna medida en el discurso de los filósofos; y en su forma mórbida, en particular entre los esquizofrénicos… Es sobre esta necesidad primordial que se funda el poder de la práctica médica[45].

A medida que se adentra en el tema, Bleuler alternativamente, o incluso en la misma frase, ridiculiza la jerga médica y la exhibe:

> Cuando el doctor desea dar al paciente un poco de ánimo, le dice que su estado nervioso se debe al exceso de trabajo; si desea animarse a sí mismo y estimular su ego a expensas del paciente, le dice que su condición nerviosa se debe a la masturbación; ambas afirmaciones son autísticas… el pensamiento descuidado es oligofrénico y conduce al

> error; el pensamiento autístico es paranoico y conduce a la alucinación[46].

A pesar de sus intentos por pasar a través del laberinto de la jerga médica, y ser sincero en vez de "científico", Bleuler cae en su propio hábito, para entonces profundamente inculcado, de patologizar la conducta. Por lo tanto, la conducta que es, en términos sencillos, estúpida, egoísta, interesada, o viciosa, la llama "oligofrénica" y "autística". Quizá sea el espectro de la sífilis que aún ronda a lo lejos, el que le hace pensar todavía en la (mala) conducta como enfermedad, como las siguientes frases muy reveladoras dan a entender:

> ¿Es correcto inyectar Salvarsan en las venas de cada paciente cuyo test Wassermann sea positivo? Muchos casos de esquizofrenia "latente" se diagnostican como totales con toda certeza. Nunca se le ocurre al doctor considerar todas las consecuencias: el confinamiento del paciente a una institución mental; el privarlo de sus derechos civiles; el abandono de su profesión, etc.[47]

Claramente, este pequeño libro no sólo es un ataque de Bleuler a la psiquiatría; también es una confesión de sus propios pecados. Ya que fue Bleuler, después de todo, quien —a través de su libro sobre la esquizofrenia, su libro de texto sobre la psiquiatría, y su propio trabajo como psiquiatra de asilo— articuló, autentificó y defendió los principios y prácticas de la psiquiatría involuntaria, mismos que aquí critica en forma tan severa.

Una vez que Bleuler ha tomado la postura de la crítica psiquiátrica, pronto reconoce que, en su sociedad, muchas cosas pasan por enfermedades y no son tales. "Sin embargo, ¿es realmente necesario", pregunta de modo retórico, "hablar siempre de neurastenia, esta enfermedad que resulta del exceso de trabajo y de las tensiones, cuando la verdadera causa de la enfermedad es por el contrario, un miedo tímido a las tareas reales de la vida y, hablando figurativamente, una cachetada sería el mejor remedio para algunos pacientes perezosos y quejumbrosos que se preocupan por su propia salud?"[48]

Pero no son ideas y libros como éstos los que hicieron de Eugen Bleuler el director del Burghölzli, y profesor de psiquiatría de la Universidad de Zurich. Manfred Bleuler, quien creció para asumir

las mismas posiciones que su padre había adoptado, repudia la herejía de su padre casi como si los papeles se hubieran invertido —que él fuera el padre regañando a su hijo por sus "irresponsabilidad":

> Esta casualidad puso su carrera en la balanza. Las advertencias de los amigos no faltaban… los que revisaron su obra… lo condenaron por minar el standar, de dignidad y ética de la profesión médica. Muchas personas advirtieron al autor que se abstuviera de hacer tales evasiones en el futuro, que debía atenerse a sus últimas consideraciones y preservar su lealtad para con su propio campo técnico[49].

En ninguna parte dice Manfred Bleuler que piensa, o que otros habían pensado, que lo que su padre escribió en este pequeño libro no fuera verdad. En vez de eso, habla sobre las "evasiones" de Eugen Bleuler, de su "deslealtad" a su propia profesión, y sobre todo, de su "irresponsabilidad". "A la primera conferencia clínica que yo asistí como joven estudiante", recuerda Manfred Bleuler, "un famoso profesor, frunciendo el ceño con desaprobación, habló de la irresponsabilidad con la que el autor minó todo el estándar, y los verdaderos y comprobados métodos de la terapia médica"[50].

Estas palabras, escritas en 1969, reflejan con fidelidad la línea oficial del partido de la psiquiatría organizada. El Bleuler de 1911 —el conquistador de la esquizofrenia *para* la psiquiatría— es venerado como un verdadero santo. El Bleuler de 1919 —el protector del "paciente" contra una psiquiatría conquistadora— es tratado de manera condescendiente por su propio hijo e ignorado por su profesión.

La psiquiatría moderna —¿quién no estaría de acuerdo?— es una institución y una ideología poderosa. ¿En qué símbolos sagrados y ceremonias rituales se basa? He tratado de mostrar en mi trabajo durante los últimos veinte años, que se basa en las apariencias y el vocabulario de la enfermedad mental, la hospitalización, y el tratamiento. ¿Qué le pasaría entonces a la psiquiatría si la medicina y la ley, la gente y los políticos, reconocieran el carácter metafórico y mitológico de la enfermedad mental? Esta desmitificación de la psiquiatría minaría y destruiría la psiquiatría como especialidad médica, de la misma manera que la

desmitificación de la eucaristía minaría y destruiría el catolicismo romano como religión. Con seguridad, permanecerían el comportamiento, o mal comportamiento, de los llamados esquizofrénicos y del psiquiatra, pero su comportamiento constituiría un problema para la ética y la política, la semántica y la sociología —y no sería jurisdicción del control de la medicina y la psiquiatría. De la misma manera, permanecerían, después de la desmitificación de la eucaristía, los problemas morales de las personas y los preceptos morales de los sacerdotes, pero también éstos, serían problemas para la ética y la política —no jurisdicción del control de la Iglesia y el Papa[51].

Es obvio —para los no católicos— que la doctrina de la transubstanciación es un caso de metáfora literalizada que para algunos es perfectamente válida por razones prácticas. Todos los no católicos, e incluso muchos católicos, reconocen que el vino y el pan son sólo eso, y no el cuerpo y la sangre de un hombre que murió hace mucho y de quien se dice que es Dios. En ciertas situaciones, sin embargo, todos se comportan, los católicos más a menudo que los no católicos, como si el símbolo fuera la cosa simbolizada. La pregunta es: ¿por qué actúa la gente de esta manera? Los católicos lo hacen principalmente porque esto es lo que establece su identidad como católicos, una identidad que desean preservar. Los no católicos lo hacen principalmente porque es —por ejemplo, en una iglesia— la forma educada de comportarse.

De la misma manera, es obvio por igual —para los médicos no psiquiatras— que la creencia en la enfermedad mental es otro caso de metáfora literalizada por razones prácticas perfectamente válidas. La mayoría de los no psiquiatras, e incluso muchos psiquiatras y profanos, reconocen que los cadáveres pueden tener diabetes y sífilis, pero no pueden tener depresión ni esquizofrenia; en otras palabras, que los desacuerdos y los malos comportamientos son sólo eso, y no los síntomas de lesiones no demostrables y no demostradas de procesos en los oscuros y recónditos lugares del cerebro. En ciertas situaciones, sin embargo, todos se comportan, los psiquiatras más a menudo que los no psiquiatras, como si el símbolo fuera la cosa simbolizada: es decir, como si la esquizofrenia de hecho fuera como la sífilis, y la depresión como la diabetes. La

pregunta es: ¿Por qué actúa la gente así? Los psiquiatras lo hacen, sobre todo, porque esto es lo que establece su identidad como médicos, una identidad que desean preservar. Los no psiquiatras —médicos, pacientes, profanos por igual— lo hacen sobre todo, porque, por regla, es la actitud educada y apropiada que debe tomarse en nuestra sociedad a menos que uno quiera arriesgarse a revelarse como estúpido o enfermo.

El propósito de mi argumento es que hombres como Kraepelin, Bleuler, y Freud, no eran lo que pretendían o parecían ser —es decir, médicos o investigadores médicos; eran, de hecho, líderes políticos— religiosos y conquistadores. En vez de descubrir nuevas enfermedades, extendieron, a través de la psiquiatría, las imágenes, el vocabulario, la jurisdicción, y de ahí el territorio de la medicina, a lo que no eran), y no son, enfermedades en el sentido original y virchowniano (de la palabra. Una vez más podemos preguntar: ¿por qué lo hicieron? ¿Por qué no declararon, en vez de eso, que las personas que se creía que sufrían de esquizofrenia (y otras psicosis funcionales o neurosis) podían, por lo menos es este estadio de la ciencia médica, no ser mostradas como pacientes de una enfermedad comprobable, y que, hasta donde se pudiera debían ser contemplados como no enfermos? ¿Por qué, en otras palabras, ellos *supusieron* que las personas a su cargo estaban enfermas hasta que se probara lo contrario? Sin lugar a dudas, no existía lo "contrario": *estaban* enfermas, y era simplemente una cuestión de tiempo hasta que la histopatología de su enfermedad fuera demostrada.

Las respuestas a estas preguntas son cruciales en lo absoluto para una comprensión apropiada de la historia de la psiquiatría moderna en general, y de la esquizofrenia en particular. Además, al responder a estas preguntas llegaremos a una confluencia de dos grandes corrientes de pensamiento, y de error en cada una de ellas, que me parecen ser la fuente de la confusión y el crimen que constituyen en gran parte a la psiquiatría moderna: las dos corrientes son la epistemología y la ética (o, más precisamente, la medicina y la ley); los dos errores son: el confundir la enfermedad con el desacuerdo (cuerpo con comportamiento, objetos con agentes), y el cofundir a los pacientes con prisioneros (cura con control, terapia con tortura).

Por lo tanto, el problema al que se enfrentaron Kraepelin y

Bleuler fue, de hecho, por excelencia, político y moral, económico y existencial. Yo lo compararía al problema al que se han enfrentado, y continúan enfrentándose, los líderes nacionales y los políticos de partido en países como Japón y los Estados Unidos, al tener que lidiar con la urgente necesidad y la dolorosa escasez del petróleo. ¿Qué deberían hacer? ¿Tomar el petróleo por la fuerza y proporcionar la justificación nacional, moral, política y económica necesaria para hacerlo (como algo de interés nacional o de estrangulación económica)? O, ¿deberían reconocer la soberanía nacional y el libre comercio como principios aplicables a los intereses de otros lo mismo que a los propios, y tratar de ajustarse a su situación sin utilizar la fuerza?

¿Dónde, se puede objetar, está el paralelo o la similitud entre el dilema político presente sobre el petróleo, y el dilema de la psiquiatría europea a principios de siglo sobre la locura? ¿Qué tiene que ver la psiquiatría con la fuerza, con la violencia, con la conquista? Por supuesto tiene mucho que ver con todo eso. ¿Qué era el llamado "material clínico" sino el petróleo con el que trabajaban Kraepelin, Bleuler y sus colegas de la práctica institucional? Si una persona respondiera "pacientes mentales", "psicóticos", o "esquizofrénicos", entonces estaría equivocada —tan equivocada como si dijera que Abu Dhabi había lanzado un ataque militar sobre Japón o Estados Unidos en 1974. De hecho, el llamado material clínico— y este término es en sí mismo claramente revelador de las ataduras marciales y sin duda coloniales en la estructura de la medicina moderna —con el que estos psiquiatras trabajaban, no eran pacientes, sino prisioneros. Algunos eran prisioneros en el sentido literal o legal; otros eran prisioneros en el sentido de que tenían que ser aprehendidos y confinados por la fuerza, a pesar de que no habían sido sentenciados a prisión por ningún crimen.

Me refiero aquí a algunos hechos elementales y sus consecuencias de gran alcance, aunque por sistema negados y confundidos. Los hechos son que, principalmente, los llamados locos —las personas a quienes ahora llamamos esquizofrénicas y psicóticas— no están tan perturbadas como son perturbadoras; no es tanto que sufran ellas mismas (aunque pueden sufrir), sino que hacen que los otros (en especial los miembros de su familia) sufran.

Las consecuencias de estos hechos son que, en lo fundamental, los llamados esquizofrénicos o psicóticos no se contemplan o definen a sí mismos como enfermos, y no buscan ayuda médica (o a menudo de ninguna otra clase). En vez de eso, otras personas —por lo regular miembros de su familia, algunas veces sus patrones en el trabajo, la policía u otras autoridades— los declaran y definen como enfermos y buscan imponer una "ayuda" en ellos.

A propósito de esto, es interesante considerar la práctica tradicional japonesa del trato a los locos —el sistema llamado "encarcelamiento privado" de los enfermos mentales[52]. En este sistema, los llamados pacientes piscóticos eran confinados en su casa. Era una especie de arresto en su propia casa, a semejanza del que todavía se practica en algunos países cuando personas de una posición alta son acusadas de una ofensa, en especial de tipo político. Esta práctica japonesa que prevaleció hasta el final de la Segunda Guerra mundial, está retratada por los observadores occidentales en términos absurdamente chauvinistas; es decir, dan por sentado que el trato brutal por sistema a los locos en los asilos europeos era más humano que cualquier cuidado o negligencia que los pacientes mentales japoneses recibían de manos de sus propios familiares[53]. Esto me parece poco digno de crédito.

En todo caso, lo que trato de decir es que en Japón, bajo la. "ley de encarcelamiento privado", las llamadas personas psicóticas eran confinadas y "cuidadas" contra su propia voluntad. En Europa, los Estados Unidos y Sudamérica, personas de esta naturaleza también eran tratadas de modo involuntario; es decir, ellas mismas no buscaban ayuda por regla general, sino que eran definidas como enfermas por otras y eran "hospitalizadas" y "tratadas" contra su propia voluntad. Sin lugar a dudas, de modo tan reciente como cuando yo era un estudiante de medicina a principios de los años cuarenta, las leyes de los hospitales mentales del Estado en Ohio, excluían la admisión de pacientes voluntarios. La única manera de ser admitido en tales hospitales era por obligación, que podía ser médica o judicial. Esto refleja con mayor claridad las condiciones actuales, la naturaleza real de tales hospitales y dicha hospitalización. Una persona no puede ser admitida hoy en día en una prisión por el mero hecho de aparecerse en la entrada y anunciar que es un criminal; de la misma manera, en aquella época

tampoco podía admitirse en un hospital mental (por lo menos en algunas jurisdicciones) a la que se apareciera en la entrada y declarara que estaba mentalmente enferma. En cada caso tenía que existir una determinación legal, o casi legal, para ser un candidato al confinamiento. Hago énfasis en esto para llegar al punto de que Kraepelin y Bleuler no eran ante todo médicos. Eran guardianes.

Las diferencias entre el progreso de la medicina y la psiquiatría que he tratado de delinear aquí, son tan cruciales que quiero volverlas a considerar desde un ángulo distinto.

Los pioneros médicos descubren nuevos tratamientos y formulan nuevas teorías sobre los efectos de sus tratamientos, para ayudar a personas con ciertas aflicciones preexistentes del cuerpo llamadas "enfermedades". Banting descubrió la insulina, Minot descubrió el extracto de hígado y Fleming descubrió la penicilina. Ya que estas sustancias fueron de conprobada utilidad para los pacientes que sufrían, respectivamente, de diabetes, anemia perniciosa, y ciertas enfermedades infecciosas, fueron definidas —por los médicos, los pacientes y la gente en general— como tratamientos.

Los pioneros psiquiátricos inventaron nuevas enfermedades y formularon nuevas teorías de la etiología de estas enfermedades para justificar el nombrar "tratamientos" a ciertas intervenciones sociales preexistentes. Kraepelin inventó la *dementia praecox*, y Bleuler la esquizofrenia, para justificar el llamar "hospitalización mental" al encarcelamiento psiquiátrico y contemplarla como una forma de tratamiento médico; teniendo nuevas enfermedades en sus manos, las atribuyeron a defectos del cerebro todavía no detectados. Freud inventó las neurosis para justificar el llamar "psicoanálisis" a la conversación y la confesión y contemplarlo también como una forma de tratamiento médico; teniendo una clase de nuevas enfermedades en sus manos, las atribuyó a las "vicisitudes del complejo de Edipo". Menninger inventó la idea de que todos estamos mentalmente enfermos para justificar el llamar "la actitud terapéutica" a cualquier cosa que una persona le hiciera a otra ostensiblemente con buena intención; teniendo toda la vida en sus manos como una nueva enfermedad, la atribuyó a perturbaciones en "el balance vital"[54].

La medicina real, por lo tanto, ayuda a los médicos reales a

tratar o curar a pacientes reales; la falsa medicina (psiquiatría) ayuda a los médicos falsos (los psiquiatras) a influenciar o controlar a pacientes falsos (los enfermos mentales).

Kraepelin y Bleuler estaban, por supuesto, involucrados en forma directa en poner los grilletes y las cerraduras de la ley a los llamados psicóticos. El enredo de Freud, aunque menos directo, no era menos significativo: contemplaba a los "psicóticos" como perturbados y locos, "inaccesibles" al psicoanálisis o a la psicoterapia, carentes de "percepción" por su "enfermedad", y como candidatos al confinamiento psiquiátrico. En su estudio más famoso sobre la esquizofrenia, el caso Schreber, Freud dedica página tras página a especular sobre el carácter y la causa de la "enfermedad" de Schreber, pero ni una palabra al problema que plantea su encarcelamiento o su derecho a la libertad[55]. Schreber, quien era un "psicótico", ponía en duda la legitimidad de su confinamiento, y Schreber, el loco, buscaba y aseguraba su libertad. Freud, quien era un "psicoanalista", nunca cuestionó la legitimidad del confinamiento de Schreber, y Freud, el psicopatólogo, no estaba interesado en la libertad de Schreber, por la misma razón que un patólogo no está interesado en la libertad de alguno de sus especímenes preservados en alcohol.

El silencio oficial de Freud sobre el confinamiento —no sólo de Schreber sino de los pacientes mentales en general— me parece evidencia decisiva de su punto de vista sobre la cuestión. Después de todo, abundó sobre cada uno de los temas de la psiquiatría, y sobre numerosos temas fuera de ella. El hecho de que a través de su larga vida, Freud, en sus escritos profesionales, ignorara completamente la psiquiatría involuntaria, es un testimonio elocuente de que tan natural y correcto le parecía que los "psicóticos" fueran encerrados por los psiquiatras[56]. Es obvio, además, que como un conquistador psiquiátrico —alguien que amplía las fronteras de la medicina por encima de la moral y la vida misma— Freud era incluso más ambicioso, y tenía más éxito, que Kraepelin y Bleuler. Es casi como si estos dos grandes psiquiatras institucionales hubieran limitado sus ambiciones a tratar médicamente a aquéllos que estaban confinados, o destinados a ser confinados, en los manicomios. Freud, por otro lado, no reconoció ningún límite a su sed de conquista; consideró a todo el mundo en

su sala de consulta, y a todos dentro de ella como pacientes a quienes tenía el derecho de “psicoanalizar”, “psicopatologizar”, y por supuesto, “diagnosticar”.

Tales *reflexiones* sugieren que la historia de la psiquiatría moderna es, de hecho, una especie de nueva puesta en escena (con los cambios apropiados en los caracteres y sus actos conforme a las condiciones contemporáneas), de la antigua leyenda de Ulises en la que ciega al cíclope[57]. Como puede recordarse, los cíclopes eran una tribu de terribles gigantes con un solo ojo localizado en medio de su frente. Ulises y su tripulación fueron víctimas y atrapados por uno de ellos.

¿Cómo pudo Ulises vencer al cíclope? Le dijo que su nombre era “Nadie” y procedió a cegar el ojo del cíclope. Cuando al cíclope, que gritaba en agonía, se le preguntó qué le pasaba, replicó: “Nadie me está cegando”. Sus compañeros cíclopes concluyeron que estaba loco, y Ulises y sus hombres pudieron escapar.

La credibilidad de esta leyenda depende de ciertos hechos dramáticos y lógicos encubiertos sobre los que quiero llamar la atención. Primero, depende del nombre de Ulises: Nadie. Segundo, depende de la precisa estructura semántica de la queja del gigante herido; o sea, del decir “Nadie me está cegando”, en vez de, por ejemplo, “un hombre que se llama Nadie, me está cegando”. Y tercero, depende de los otros cíclopes, que formaron un juicio basándose sólo en lo que oyeron. Si hubieran ido a ver lo que pasaba, hubieran visto los hechos por sí mismos.

Cuando los guardianes de los manicomios llaman a sus prisioneros “pacientes” y al mal comportamiento de sus prisioneros “enfermedades”, y cuando se llaman a sí mismos “doctores” y a sus castigos “tratamientos”, están, de hecho, haciéndonos el mismo truco a nosotros (y quizá a ellos mismos) que el que Ulises le hizo al cíclope. Al llamar enfermedades a ciertos comportamientos y dar el papel de pacientes a la gente que exhibe tal comportamiento, Kraepelin, Bleuler y Freud sentaron las bases para la clase de engaño y autoengaño como el de “Nadie me está cegando”. Nombraron algunas cosas de tal manera que, cuando subsecuentemente ellos u otros afirmaban algo que incluía estos nombres, la gente creía que estaba oyendo de enfermedades y pacientes. De hecho, no se les hablaba de enfermedades o pacientes;

su aceptación del engaño dependía de la operación de estos mismos tres componentes dramáticos y lógicos sobre los que he llamado la atención antes. Sería bueno repetirlos y articularlos tal como se aplican a las leyendas de la locura.

El primer requisito era el nombrar apropiadamente al héroe legendario —Ulises en la vieja leyenda, y las varias formas de locura en la nueva. Dándoles el nombre de enfermedades en latín y griego; y a sus poseedores el nombre de pacientes, también en estos lenguajes sagrados, se llenaba este requisito.

El segundo requisito era mandar los recados apropiados sobre las situaciones legendarias —el acto de cegar al cíclope en la vieja, las manifestaciones de la locura y el mal comportamiento de los locos en la nueva. Las llamadas descripciones clínicas de las enfermedades mentales y el llamado historial de los pacientes mentales llenaban este requisito.

Pero todo esto no habría funcionado si el tercer requisito no se hubiera cumplido —es decir, si aquéllos que escuchaban estas historias no hubieran estado dispuestos y deseosos de juzgar basándose sólo en lo que oían. Si los no psiquiatras —como los cíclopes de antes— hubieran ido a ver lo que pasaba, hubieran visto los hechos por sí mismos. Por los hechos, quiero decir sencillamente que los cíclopes habrían visto que alguien había cegado a uno de sus compañeros, y que quien lo había hecho llevaba el nombre de "Nadie" para esconder su acción. De la misma manera, los hombres y las mujeres comunes y corrientes podrían haber visto que el psiquiatra trata personas sanas como si fueran pacientes enfermos, las encarcela como si fueran delincuentes convictos, y utiliza el nombre "esquizofrenia" para esconder su actuación.

Por supuesto, no sabemos (y no necesitamos preguntar, ya que, después de todo es una leyenda) el por qué los cíclopes no fueron a asegurarse de los hechos por sí mismos. Por otro lado, sabemos demasiado bien (y por lo tanto no necesitamos preguntar, ya que la historia sobre la esquizofrenia no es, después de todo, una leyenda) el por qué los hombres y las mujeres comunes y corrientes no fueron a comprobar los hechos por sí mismos: como dice el dicho, nadie es tan ciego como la persona que no quiere ver. Mucha gente en el pasado no quería y tampoco quiere ver ahora, los hechos desnudos de la psiquiatría —es decir, que los psiquiatras

diagnostican enfermedades sin lesiones, y tratan pacientes sin derechos.

Este, entonces, fue el terrible punto de partida en el origen de la psiquiatría moderna: la invención de la supuesta enfermedad "esquizofrenia" —una enfermedad cuya lesión nadie podía ver, y que "afligía" a personas de tal manera que a menudo no querían otra cosa que no ser pacientes. Esto no es tan sorprendente como podría parecer si se contempla el hecho de que Kraepelin y Bleuler se hicieron profesionales maduros bajo la sombra de la espiroqueta. Además, vivieron para ver su conquista, por lo menos a manera de diagnóstico. De ahí que estuvieran impresionados no sólo por la paresia como un modelo de la psicosis, sino también por la sífilis latente— una enfermedad sin lesión morfológica (reconocible sólo a través de una prueba inmunológica de la sangre) y sin síntomas (y, por lo tanto, sin el motivo de sufrimiento que apremia a la "persona enferma" a asumir el papel de paciente). Por lo tanto, es probable que la sífilis latente, lo mismo que la paresia, sean las que sedujeron a Kraepelin y Bleuler para creer en el modelo de la sífilis como la solución al enigma de los "desórdenes mentales". Estas suposiciones están confirmadas por los siguientes comentarios de Kraepelin, expresados en 1917, en la época más brillante de su carrera:

> La naturaleza de la mayoría de los desórdenes mentales es actualmente oscura. Pero nadie puede negar que investigaciones posteriores descubrirán hechos nuevos en una ciencia tan joven como la nuestra; respecto a esto las enfermedades producidas por la sífilis son una lección objetiva. Es lógico suponer que tendremos éxito en descubrir las causas de muchos otros tipos de locura que pueden prevenirse —quizá incluso curarse— aunque actualmente no tenemos la menor idea…[58]

Casi 60 años han pasado desde esta aseveración, y los "hechos nuevos" en nuestra "ciencia" indican que aunque tengamos muchos datos nuevos sobre la neuroquímica y la psicofarmacología, no tenemos ninguno sobre la esquizofrenia. No sabemos lo que es, ni lo que la causa. A pesar de ello, hemos progresado en la comprensión de su etiología: ya no creemos ni decimos que la esquizofrenia sea causada por la masturbación. Y hemos progresado en la comprensión de lo que es: el *Reporte OMS*, al que me referí anteriormente, de hecho reconoce que la esquizofrenia es una *palabra*. Quizá sólo se necesiten unos cuantos cientos de años más

de investigación psiquiátrica y epidemiológica intensa para descubrir que es *sólo* una palabra.

Los autores de este estudio se preguntan, "¿por qué es necesario el concepto de esquizofrenia después de todo?". Su respuesta a la propia pregunta es como sigue: "Primero, porque tenemos el término. La palabra esquizofrenia tiene un uso tan extendido que es necesario *tener* una definición práctica de ella, para poder mantener la discusión pública sobre la esquizofrenia dentro de los límites razonables"[59].

Durante las dos décadas pasadas he dedicado mucho trabajo y muchas palabras a exponer la estupidez científica, la locura filosófica, y la monstruosidad moral de esta postura psiquiátrica oficial, y no repetiré estos argumentos aquí. Quizá estemos actualmente, o pronto estaremos, listos para examinar algunos "hechos antiguos" que se han interpuesto de una manera necia en el camino del llamado progreso psiquiátrico. Entre éstos me gustaría destacar, primero, las diferencias entre sufrir y estar enfermo, el (mal) comportamiento personal y la disfunción fisiopatológica, y el curar una enfermedad y el controlar una desviación; y segundo, las dimensiones morales, políticas y legales de las prácticas psiquiátricas que plantean turbadoras preguntas acerca de los derechos humanos —es decir, los derechos civiles o legales— de los llamados pacientes mentales.

Llamo a éstos, "hechos antiguos", en parte para distinguirlos de los "hechos nuevos" generados por la ciencia empírica, y en parte para enfatizar que su relevancia en el problema de la esquizofrenia sugiere, por lo menos para mí, que la solución de este problema puede caer, no tanto en el sentido de la investigación médica (aunque si se realiza de una manera competente y honesta, todavía puede proporcionar resultados valiosos), sino en el sentido de determinar de nuevo, filosófica, moral y legalmente, lo que los llamados esquizofrénicos hacen o no hacen, y lo que los psiquiatras (y los abogados y jueces) hacen por, y a ellos.

CAPÍTULO II

LA ANTIPSIQUIATRÍA: EL MODELO DE LA MENTE SAQUEADA

Con el rápido desarrollo de la sifilografía, la psiquiatría, y el psicoanálisis en las primeras dos décadas de este siglo, tuvo lugar una división del botín, es decir: la paresia fue reclamada por la sifilografía, la psicosis por la psiquiatría, y la neurosis por el psicoanálisis. El resultado fue dos series recíprocas de diferenciaciones: los pacientes fueron separados en paralíticos, psicóticos y neuróticos; los doctores en sifilógrafos y neurólogos, psiquiatras y psicoanalistas (y psicoterapeutas). La división de los pacientes fue llamada, como todavía lo es, hacer un "diagnóstico diferencial". La división de los médicos fue llamada, como todavía lo es, la "especialización" en el diagnóstico y el tratamiento de una u otra rama de la medicina.

Dentro del carácter general de las clasificaciones, cada una de estas categorías de pacientes y doctores tenía un miembro característico que se convirtió en su prototipo o modelo. Los pacientes paradigmáticos mostraban las enfermedades que se suponían médicamente típicas de su clase, mientras que los doctores paradigmáticos mostraban las intervenciones que se suponían típicamente médica: la paresia por lo tanto se convirtió en el paradigma de la neurosífilis, la esquizofrenia de la psicosis, y la histeria de la neurosis; del mismo modo, la quimioterapia (y la fiebre artificial) se convirtieron en el paradigma de la sifilografia, la encarcelación psiquiátrica (llamada "hospitalización mental") de la psiquiatría, y la conversación (llamada "asociación libre" e "interpretación") del psicoanálisis.

Estoy enfatizando estos cambios históricos —que fueron en parte

causados por ciertos nuevos descubrimientos de los científicos que a su vez generaron algunas prácticas sociales nuevas— para poder identificar con la mayor claridad posible la naturaleza de la psiquiatría "tradicional" tal y como era, es decir, a fines de la Segunda Guerra mundial. De la misma manera que un buen tirador debe ver su blanco claramente, también nosotros debemos tener una clara visión de la psiquiatría —ya que ambos, los llamados antipsiquiatras y yo, hemos apuntado nuestras baterías críticas hacia ella. Como trataré ahora de mostrar, lo hemos hecho, sin embargo, de muy diferentes maneras, y por muy distintas razones.

Uno de los avances desde la primera publicación de *El mito de la enfermedad mental*[1], y atribuido en gran parte a su influencia, es el llamado movimiento de antipsiquiatría. Este movimiento, como el movimiento de la psiquiatría tradicional que busca suplantar, también está centrado en el concepto de la esquizofrenia y en ayudar a los llamados esquizofrénicos. Ya que ambos, los antipsiquiatras y yo, nos oponemos a ciertos aspectos de la psiquiatría, nuestros puntos de vista muchas veces se combinan y confunden, y se nos identifica a menudo como los enemigos comunes de toda la psiquiatría.

Es verdad, por supuesto, que en la tradicional y coercitiva psiquiatría, los antipsiquiatras y yo, nos enfrentamos al mismo enemigo. De la misma manera, y en otro contexto, también lo hacían Stalin y Churchill. Un antiguo proverbio árabe dice: "El enemigo de mi enemigo es mi amigo", y tiene mucho sentido en la política y la guerra; pero no tiene sentido en el discurso moral ni el intelectual.

Yo rechazo el término antipsiquiatría porque es impreciso, lleva a la confusión, y es una manera burda de autoexaltación. Los químicos no se caracterizan a sí mismos como los *antialquimistas*, ni los astrónomos se llaman a sí mismos los *antiastrólogos*[2]. Si se define la psiquiatría convencionalmente, como la especialidad médica que concierne al diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales, entonces uno se encuentra sin lugar a dudas obligado a "oponerse" a la psiquiatría como una especialidad —no ya de la medicina, sino de la mitología. Sin embargo, como yo creo que la gente tiene derecho a su mitología, esta oposición debe estar bien limitada al uso de la fuerza o al fraude por los mitólogos

en busca de su religión artificial. Este es el porqué siempre he insistido en que estoy en contra de la psiquiatría involuntaria, o violación psiquiátrica del paciente por el psiquiatra— pero no estoy en contra de la psiquiatría voluntaria, o de las relaciones psiquiátricas entre adultos que consienten.

Por otro lado, si se define la psiquiatría en forma operacional, consistiendo de todo lo que los psiquiatras hacen, entonces es necesario identificar y articular la actitud propia hacia cada una de las numerosas prácticas en que están empeñados los psiquiatras. He tratado de mostrar esto en varias de mis publicaciones, siempre indicando a lo que me opongo, lo que sostengo, y el porqué. Al contrario de este tesis analítica, el mismo término *antipsiquiatría* obliga implícitamente a oponer a todo lo que hagan los psiquiatras —lo que es obviamente absurdo. En todo caso, los antipsiquiatras no definen con claridad si objetan sólo a la psiquiatría involuntaria en sus intervenciones, o si también a la que es voluntaria; a todas las intervenciones psiquiátricas involuntarias, o sólo a aquéllas practicadas por sus propios adversarios políticos. No reconocen de una manera franca si apoyan la tolerancia real a las intervenciones psiquiátricas contractuales, o sólo "la tolerancia represiva" de (contra) ellas —ya que tales prácticas ocurren en un contexto "capitalista-explotador" de libre mercado y libre empresa.

De hecho, como veremos, los antipsiquiatras son todos autodeclarados socialistas, comunistas, o por lo menos anticapitalistas y colectivistas. Como los comunistas buscan elevar a los pobres por encima de los ricos, de la misma manera los antipsiquiatras buscan elevar a los "locos" por encima de los "sanos"; de la misma manera que los comunistas justifican sus metas y métodos manifestando que los pobres son virtuosos mientras que los ricos son malvados, de la misma manera los antipsiquiatras justifican las suyas diciendo que los "locos" son auténticos mientras que los "sanos" no son auténticos.

Ronald Laing, quien con David Cooper inició el llamado movimiento antipsiquiátrico, empezó a trabajar estudiando a las personas esquizofrénicas. Su primer libro, publicado en 1960, se titula *El Ser dividido*[3] —una traducción casi literal del término griego Bleuleriano *esquizofrenia*, y la repetición virtual del punto de vista de la psiquiatría clásica del esquizofrénico como una

“personalidad dividida”. Cuatro aflos después, con Aarón Esterson, Laing publicó *La salud, la locura y la familia*, subtitulada *Familias de esquizofrénicos*[4]. Es una tesis sobre el estudio de once pacientes esquizofrénicos hospitalizados y sus familias. En ninguna parte en este libro identifican los autores el status legal de ninguno de los “esquizofrénicos” —es decir, si son pacientes voluntarios o involuntarios. Tampoco hay ninguna mención sobre los papeles, si es que tuvieron algunos, que jugaban Laing y Esterson al privar a estas personas de su libertad, o si fueron privadas de su libertad por otros; o sobre los papeles, si es que desempeñaron algunos, que los autores jugaban al tratar de ayudarles de nuevo a adquirir su libertad.

Subsecuentemente Laing, en algunas ocasiones, ha rechazado la idea de la esquizofrenia como enfermedad, pero ha continuado “tratándola”. La fama de Kingsley Hall —el “asilo” de Laing para tratar la locura— se basa casi enteramente en la pretensión de que ofrece un método de ayuda a “los pacientes esquizofrénicos” muy superior a los que ofrecen otras instituciones psiquiátricas o practicantes.

Durante mucho tiempo he mantenido, y continúo insistiendo, que si no hay enfermedad, no hay *nada que* tratar; si no hay pacientes, no hay *nadie a quien* tratar. Mientras otros mantengan lo mismo —es decir, que la esquizofrenia (y la enfermedad mental en general) no es una enfermedad— están obligados, por la lógica del lenguaje en sí, a concluir también que no hay “tratamiento” para ella. Sin embargo, mientras haya muchas personas diagnosticadas como esquizofrénicas que buscan ayuda en los psiquiatras —en especial si la “ayuda” no es forzada y si no tienen que pagar por ella — nos enfrentamos a la realidad social de los “psicóticos”, que supuestamente carecen de conocimiento o “perfección” de su “enfermedad”, y claman por su “tratamiento”.

Laing acepta tales personas como “residentes” en sus “comunidades” y las legitima como “víctimas” quienes, a causa de su misino “sacrificio”, lo merecen más que otras. Por lo tanto, dentro de su sistema de tratamiento de asilo, hay una premisa económico-moral, que no es explícita, pero es tanto más importante a causa de ello. Es de hecho, la misma premisa que anima a grandes grupos de hombres y mujeres en la actualidad a través del mundo

civilizado. En pocas palabras, es la premisa de que es malo para la gente el comprar, por dinero, la ayuda médica o psiquiátrica (o antipsiquiátrica) pero es bueno “comprarla” a causa del sufrimiento. Hablaré más de esta dimensión moral del nexo terapéutico más adelante. Aquí debería, ser suficiente el considerar que al tomar esta posición, Laing es bastante convencional. Se coloca a sí mismo en el centro de la corriente principal del pensamiento y el sentimiento contemporáneos sobre el “cuidado de la salud”. Esta corriente, tanto en los países comunistas como en los capitalistas, es en la actualidad totalmente marxista —adoptando, para las “situaciones dolientes”[5], la famosa fórmula: “De cada uno según su habilidad, a cada uno según su necesidad”.

En términos económicos, Laing ha reemplazado, por lo tanto, la Coerción del paciente mental por el psiquiatra a favor del ciudadano, con la coerción del contribuyente por el gobierno a favor del paciente mental. Antes, los ciudadanos sanos podían *arrestar* a aquéllos que consideraban locos; ahora deben *mantener* a aquéllos que emprenden un “viaje” a través de la locura.

Digo todo esto, porque incluso si una persona, en su situación normal, permanece sin ser molestada por su familia ni por la empresa donde trabaja, por la policía o la psiquiatría —en otras palabras, incluso si no está, de hecho, perseguida ni acosada en ninguna forma— Laing todavía la acepta como residente en Kingsley Hall y la legítima de buena fe como una víctima. No pretendo que tales personas no estén, de hecho, sufriendo —por lo menos en el sentido en que muchas personas sufren a menudo de golpes y pedradas por las afrentas del destino. Sólo sostengo que no es lógico ni moral que tales personas tengan derecho a un servicio tomado por la fuerza o el fraude de otros —ya sean estos “otros” torturadores instrumentales en antiguos hospitales del Estado, o contribuyentes instrumentales en los nuevos Estados de bienestar. Estoy tratando de explicar aquí algo de lo que, hasta dónde yo conozco, nunca ha sido explicado; ya sea por Laing y sus continuadores o por sus críticos —es decir, que el costo del cuidado de los “residentes” en los asilos de Laing está a cargo del contribuyente británico, y este contribuyente británico no puede decidir si quiere o no, que su dinero laboriosamente ganado se gaste de esa manera; del mismo modo que el contribuyente americano al

pagar por la guerra de Vietnam, tampoco pudo decidirlo. Es irónico que, mientras la lengua de Laing censura a la sociedad por volver loca a la gente, sus manos estén sacando dinero de los bolsillos de los contribuyentes.

Además, los antipsiquiatras se parecen a los psiquiatras y a los psicoanalistas por su persistente desatención hacia el hecho de si los llamados pacientes tomaron este papel de modo voluntario o si se les ha asignado contra su voluntad. Los psicoanalistas, los psiquiatras y los antipsiquiatras, todos teorizan sobre la neurosis, la psicosis, la histeria y la esquizofrenia, sin tener en cuenta si las personas así identificadas buscan o evitan la ayuda psiquiátrica; si aceptan o rechazan el ser diagnosticadas; si pretenden sufrir o son otros los que les imputan el estar sufriendo. Por lo tanto, todas estas teorías sobre los llamados problemas psiquiátricos aunque parezcan distintas y algunas veces incluso antagónicas, muestran esta semejanza crucial: cada una contempla al "paciente" como un "caso" —sin lugar a dudas, como una "víctima". Para el psiquiatra, el "esquizofrénico" es una víctima de una enfermedad esquiva del cerebro, como la neurosífilis; para el psicoanalista es una víctima de un yo débil, un poderoso Ello, o una combinación de ambos; y para el antipsiquiatra es una víctima de una familia entrometida y de una sociedad demente. Cada uno de estos credos y cultos disminuye y distorsiona al "paciente" como la persona que realmente es; cada uno le niega su acto autoexplicativo de autodefinición. Por lo tanto, el psiquiatra niega el derecho a rechazar el confinamiento en el "esquizofrénico", y atribuye su deseo de libertad a la falta de conocimiento de su enfermedad y su necesidad de tratarla; el psicoanalista le niega su derecho a resistirse a la intervención analítica y atribuye su no cooperación con el analista a una "enfermedad" que lo hace "inaccesible" al análisis; y el antipsiquiatra le niega su obligación de cuidarse a sí mismo y obedecer la ley, y ve en su tendencia a violar las reglas sociales, una prueba de su virtud moral superior.

El resultado es un amontonamiento —en el psicoanálisis, la psiquiatría, y la antipsiquiatría— de muy distintas clases de personas. Por ejemplo, personas capaces pero que no quieren cuidarse a sí mismas, están colocadas en la misma clase con aquéllas que quieren hacerlo pero no pueden; personas que son

culpables pero pretenden ser inocentes son colocadas en la misma clase con aquéllas que son inocentes pero dicen ser culpables; y personas con cargos y convictas por actos contra la ley, son colocadas en la misma clase con aquéllas que ni tienen cargos ni están convictas por ninguna ofensa. En la psiquiatría y en el psicoanálisis, cada una de estas clases de personas puede ser clasificada como "esquizofrénica"; en la antipsiquiatría, tal clasificación de las personas como "esquizofrénicas" es, por un lado, criticada como errónea, y por otro lado, adoptada para identificar un grupo específico de individuos, claramente victimados por otros, y en forma especial adecuados para los métodos Laingianos de tratamiento mental. En todas estas maneras, las semejanzas entre la psiquiatría, el psicoanálisis y la antipsiquiatría, en sus aproximaciones a la "esquizofrenia", me parece que pesan más que las diferencias entre ellas.

En pocas palabras, mientras la antipsiquiatría prolongue la tradición del tratamiento moral de la psiquiatría, no es nada nuevo? mientras sea una perspectiva política de la sociedad y una serie de reglas prácticas sobre las relaciones humanas, es una inversión de ciertos valores y arreglos occidentales. Algunos de estos puntos han sido tocados antes por los críticos de la antipsiquiatría, y más convincentemente por David Martin y Lionel Trilling.

El punto principal del argumento de Martin, con el que estoy de acuerdo en lo substancial, es que Laing es un predicador a favor de la "blanda" nueva izquierda. Por "blanda nueva izquierda" Martin quiere decir, entre otras cosas, un "síndrome de actitudes" que nos enfrenta con "un modelo psicológico que evita de modo positivo el análisis cuidadoso y trata la noción de los hechos como una invención burguesa traicionera"[6]. El "estilo predominante" de Laing, añade Martin, "no es la 'discusión honorable': en vez de eso, es confesional, testamentario y sentencioso"[7]. Martin llama la atención sobre las recurrentes referencias de Laing "a la naturaleza de la sociedad capitalista como si fuera un contexto social, casi universal, en el cual la libertad es deformada"[8], y hace notar que ésta es una aseveración más bien absurda, no porque sea falsa por completo, sino porque es menos verdadera para las sociedades capitalistas contemporáneas que para cualesquiera otras sociedades,

pasadas o presentes, sobre las cuales sabemos algo. Pero, como enfatiza Martin, lo principal del estilo de Laing es evitar y cortar el desarrollo de un intercambio de negaciones y aseveraciones racionales[9].

Aquí, podría yo añadir, yace una de las similitudes más importantes entre los psiquiatras tradicionales y los antipsiquiatras de Laing: no se puede razonar o argumentar con ninguno de ellos. Cada uno es como un fanático religioso con el que uno no puede discutir o debatir nada que toque su credo. Tales personas permiten sólo dos opciones: un acuerdo total o un desacuerdo total. En el primer caso, a uno le está permitido el reconocer al psiquiatra o al antipsiquiatra como el poseedor del verdadero conocimiento del corazón y la mente del psicótico, y como el defensor de los mejores intereses del psicótico, En el último caso, uno está abatido y degradado por un "diagnóstico" envidioso, es decir, por ser declarado loco —la víctima de la locura o la inautenticidad.

Toda la antipsiquiatría se caracteriza por su fatal similitud a lo que se opone. En la psiquiatría tradicional, "nosotros" somos los sanos y "ellos", quienes desafían las normas y los valores de nuestra sociedad, están locos. En la antipsiquiatría, es al revés. "No hay en el escrito de Laing", dice Martin, "ni una sola palabra que sugiera que cualquier virtud es inherente a lo que es su propia herencia"[10]. Es casi ser demasiado indulgente, ya que a Laing le gusta decir frases como: "las peores barbaridades todavía son perpetradas por 'nosotros', por nuestros 'aliados', y 'amigos' "[11]. Este total rechazo de "nosotros", y la romantización complementaria de "ellos" es, por supuesto, característica de la mentalidad contemporánea "izquierdista" en las sociedades todavía "libres".

La imagen de Laing, que emerge del análisis de Martin sobre su trabajo, es la de un profeta enojado, un fanático religioso intolerante, gritando en nuestra cara acusaciones y retos como éste: "todos nosotros somos asesinos y prostitutas…"[12]. De acuerdo con Martin, Laing es:

> Un irracional, ya que encuentra antipática la discusión argumentada y racional de cuestiones religiosas, e insiste en que la esencia de la religión es el éxtasis… Hay, en el estilo de Laing, una *sustitución* del éxtasis por el argumento, y una desatención a crear una secuencia de

> puntos ordenados, que se base en la evidencia recogida cuidadosamente, y que sea adecuada para uno u otro tema. Su método consiste en una acusación al azar y una virulencia de consigna que destruye la posibilidad de discusión[13].

En pocas palabras, como los antiguos doctores de locos y los psicoanalistas de ayer, Laing es, en lo fundamental, un retórico[14].

Lionel Trilling también ha hecho notar que la crítica de Laing sobre el orden social existente es similar, en todos los aspectos esenciales, ala del marxismo y el comunismo; y que la salvación que él propone se parece a las soluciones ofrecidas por estos credos colectivistas. Aunque no estoy de acuerdo con la aceptación, no crítica de Trilling sobre la esquizofrenia como una enfermedad (parece pensar que es como la sífilis, sólo que más difícil de diagnosticar), contemplo la mayoría de su crítica de la antipsiquiatría como válida e importante.

Por lo tanto, Trilling está en lo correcto al hacer énfasis —y sin lugar a dudas creo que su énfasis no es lo suficientemente fuerte— en el nexo económico al que pertenece el movimiento de la antipsiquiatría, y dentro del cual debe ser reinsertada en forma explícita. Este nexo es el anticapitalismo de Marx. En él, hace notar Trilling, "el dinero es el principio de lo falso en la existencia humana"[15]. Cita la frase de Oscar Wilde a propósito de esta nueva visión del genuino "ser humano": "la verdadera perfección del hombre radica no en lo que el hombre tiene, sino en lo que el hombre es"[16]. Entonces se deduce, como el mismo Trilling sugiere, que el ideal moral no es ya que el hombre debiera *conocerse a sí mismo*, sino que debiera *ser él mismo*. Esto suena muy bien mientras no nos preguntemos lo que significa; ya que lo que se esconde tras esta frase es nada menos que el significado total y el valor de la vida misma.

La teoría de Laing sobre la esquizofrenia, que sirve de justificación moral y base económica para cualquier trabajo que él desempeñe como curador o dador de ayuda, reposa, por lo tanto, en la idea de la no autenticidad y su papel en este "desorden". Es justo sobre este punto que Trilling da los mayores golpes certeros contra el trabajo de Laing:

> La esquizofrenia, [bajo el punto de vista de Laing], es la consecuencia de una circunstancia externa, una influencia ejercida sobre el sentido de la individualidad en una persona que está más dispuesta que otras a caer en ésta; la persona esquizofrénica tiene característicamente lo que Laing llama una "inseguridad ontológica", una debilitación de su sentimiento de ser… Es la familia la responsable directa por la ruptura ontológica, el "ser dividido" de la esquizofrenia; Laing es categórico al decir que cada caso de esquizofrenia debe ser entendido como "una estrategia especial que el paciente inventa para poder vivir una situación que no se puede vivir de ninguna manera", que es siempre una situación familiar, en especial la exigencia de los padres de que uno sea lo que no es. Podemos interpretarlo como que Laing construye la esquizofrenia como la respuesta del paciente a la imposición de la inautenticidad de los padres[17].

Trilling pone aquí su dedo sensible sobre los aspectos dañinos y absurdos del culto a la autenticidad. Este culto es, de alguna manera, la imagen en el espejo del culto de la psiquiatría institucional moderna. Así como en la psiquiatría el concepto central, el símbolo sagrado, es "la esquizofrenia", de la misma manera en la antipsiquiatría es "la autenticidad". En el primer punto de vista, lo que el esquizofrénico tiene de menos que otras personas es la antipsiquiatría es "la autenticidad". En el primer punto de vista, lo que el esquizofrénico tiene de más que otras personas es "la autenticidad".

Tomando en cuenta los problemas que presenta el "esquizofrénico" para sí mismo y para los demás, y tomando también en cuenta la perspectiva de Laing de atribuir todos los problemas humanos a la sociedad, era inevitable, de acuerdo con Trilling, que la causa de la esquizofrenia "fuera buscada en los factores sociales… [Pero]… no era inevitable… que esta línea de pensamiento llegara al veredicto de que la locura es un estado de la existencia humana que debe ser apreciado por su superior autenticidad"[18].

Esta es, sin lugar a dudas, una aseveración de lo más desafortunada. Al hacerla, Laing y Cooper, y aquéllos que sostienen su idealización de la locura, en mi opinión, han hecho un enorme daño a la causa que pretende ampliar la esfera de la decencia humana para todas las personas —sin tener en cuenta si ellas son psicóticas o psiquiatras, ambas, o ninguna de las dos cosas. La

teoría de que el loco está sano y que la sociedad está demente es lo que Trilling llama *jerga*. Bajo mi punto de vista, no sólo es jerga, sino lo contrario: es el eco de la *jerga* psiquiátrica la que categoriza el desacuerdo como una enfermedad —lo que Trilling parece pensar que es una proposición científica. Pero Trilling está en lo correcto al enfatizar que la jerga no puede ser contrapuesta con la lógica. Muchos "esquizofrénicos" han descubierto esto, de la misma manera que muchos críticos en potencia de la psiquitría "científica". Trilling observa:

> el lidiar con este fenómeno de nuestra cultura intelectual a la manera de un argumento analítico sería, creo yo, superfluo. La posición puede caracterizarse como perteneciente a una moda intelectual a la cual el argumento analítico no le es apropiado. Esta es la moda intelectual que una vez se llamó jerga. La desaparición de la palabra del vocabulario moderno vale la pena de notarse[19].

La desaparición de esta palabra, y también la de *retórica*, es obvia, e íntimamente relacionada a la aceptación y el desarrollo de la psiquiatría como una "ciencia", un tema que he recalcado con extensión en otro lugar[20].

Trilling cita párrafos de Cooper y Laing para ilustrar lo que quiere decir por jerga antipsiquiátrica. Para tener un punto de vista equilibrado de la esquizofrenia —desde Kraepelin y Bleuler hasta la actualidad— debemos ser claros y críticos respecto a la jerga de la antipsiquiatría de la misma manera que lo somos respecto a la de la psiquiatría; y para tener una actitud humana por completo hacia la esquizofrenia —y con este término quiero significar una actitud cándida, contractual, y no coercitiva— debemos rechazar los reblandecimientos de la antipsiquiatría con tanta firmeza como rechazamos los castigos de la psiquiatría.

Todos podemos reconocer la jerga psiquiátrica: es el material que viene entre las cubiertas de los libros de texto de psiquiatría (y de psicoanálisis). La jerga antipsiquiátrica es lo mismo, pero al revés. Trilling cita este ejemplo de ella, de la introducción de Cooper al libro de Foucault, *Locura y Civilización*:

> La locura… es una manera de tomar posesión *in extremis* de las bases fundamentales de la verdad que yacen bajo nuestra realización más

específica de nuestra razón de ser. La verdad de la locura es lo que la locura es en sí, lo que la locura es, es una forma de visión que se destruye a sí misma por su propia elección de olvido frente a las formas existentes de tácticas sociales y estrategia. La locura, por ejemplo, es la cuestión de expresar la realización de que yo soy (o tu eres) Cristo[21].

De hecho, es fácil citar párrafos de incluso más charlatanería de la jerga en los escritos de Cooper, lo mismo que en los de Laing. Por ejemplo, en *La Muerte de la Familia*, Cooper declara que "todas las enfermedades letales son un suicidio en el sentido en que rehúsan el amor"[22]. Cooper aquí se confunde a sí mismo no sólo con Jesucristo, sino también con Georg Groddeck, quien llegó a creer que todas las enfermedades humanas eran debidas a conflictos mentales.

"El estado burgués", explica Cooper, "es una píldora tranquilizante con efectos secundarios letales"[23]. Su receta para "la liberación" de él, es también ilustrativa:

> la completa liberación sólo puede llegar a través de una acción efectiva macropolítica. De esta manera, los Centros de Concientización Revolucionaria, también se han convertido en Bases Rojas. La acción macropolítica aquí debe ser esencialmente negativa, y tomar la forma de convertir en impotentes las estructuras del poder burgués por todos y cada uno de los medios… Los cócteles Molotov tienen por supuesto su lugar en una rebelión significativamente organizada de estudiantes y trabajadores…[24]

Los comentarios de Cooper sobre "las Bases Rojas" y "los cócteles Molotov" no son sólo apartes para impresionar al proletariado y el lumpen intelectual; constituyen un tema consistente, en ambas obras, *La Dialéctica de la liberación* y *La muerte de la familia*. En el primer libro elogia las guerrillas de Vietnam del Norte y se refiere a Cuba como "ya liberada", y al tratar la conquista comunista pendiente en Vietnam, lo hace refiriéndose a un país "inexorablemente en camino a la liberación"[25]. En la última obra, su enemistad hacia los líderes capitalistas está tan fuera de lugar como lo está su adherencia a los líderes comunistas:

> los falsos líderes son simples presencias borrosas, con imágenes de "grandes hombres" artificiales y regurgitadas por procesos sociales institucionalizados, no humanos —por ejemplo, Hitler, Churchill,

> Kennedy, etc. El verdadero principio del liderazgo está contenido en hombres como Fidel Castro y Mao Tse-tung, quienes son líderes casi rehusando serlo…[26]

La jerga política de Laing tiene las mismas características: "nosotros" somos malos, y "ellos" son virtuosos. En su entrevista con Richard Evans, ofrece esta reveladora conclusión sobre algunas atrocidades recientes:

> En los años sesenta, la batalla militar en Indochina era mucho peor de lo que se dejaba conocer. Cambodia estaba siendo bombardeada. Sólo Dios sabe lo que realmente está pasando ahora allí. Contemplen la apatía de los alemanes respecto a los campos de concentración, y la apatía de los ingleses cuando su comando de bombarderos destruyó una ciudad como Dresden sólo para mostrar a los americanos y a los rusos lo que la Fuerza Aérea Británica podía hacer[27].

Ni Cooper ni Laing nos dejan ninguna duda sobre lo que ellos y su antipsiquiatría significan. Buscan, a través de *métodos* incluso más fanáticos y feroces que aquéllos que desean reemplazar, imponer sus valores particulares en el mundo. La siguiente proposición de Cooper es típica:

> Para las relaciones menos sofisticadas entre los hombres y mujeres de la clase media y la clase trabajadora (las clases superiores están completa y definitivamente dedicadas a la no-sexualidad), uno necesita una actividad revolucionadora que opere a mayor escala en toda la sociedad. Aquí es donde las bombas, las huelgas extremistas y las armas deben hacer su entrada con una compasión que los guíe pero también con la seguridad de que será algo totalmente objetivo, visto y sentido, por los agentes de la sociedad burguesa, hacia quienes sólo podemos ser compasivos en una segunda instancia[28].

Kraepelin y Bleuler en la "derecha psiquiátrica"; Laing y Cooper en la "izquierda psiquiátrica". Pueden equipararse por sus aparentes antagonismos que esconden sus acuerdos: cada uno está convencido de poseer la absoluta verdad en su posición respectiva y de su derecho, y por supuesto deber, de imponer su voluntad sobre aquéllos que se les resistan —utilizando la fuerza que sea necesaria. Kraepelin esconde el encarcelamiento como hospitalización y lo llama psiquiatría; Cooper esconde la matanza de "los agentes de la sociedad burguesa" y fomenta la revolución con bombas y armas

como una liberación guiada por la compasión, y la llama antipsiquiatría. Sin embargo, ni siquiera en sus momentos más extremos las ambiciones de los psiquiatras tradicionales se aproximaron a aquellas de los modernos antipsiquiatras. Podríamos llamar a esto, o por lo menos pensar sobre ello, como el efecto Romanoff-Lenin, que yo definiría como sigue: aquél que nos libera despóticamente de otro déspota, sobrepasará en su crueldad las peores crueldades de su anterior antagonista.

Creo que le debemos a Cooper el tomarlo seriamente, y extraer de sus escritos las conclusiones claramente implícitas en ellos. Cooper en sí mismo no puede ser culpado, él las ha hecho bastante explícitas:

> Todas las muertes en el primer mundo son asesinatos disfrazados como suicidios, disfrazados como el curso de la naturaleza… la revolución, creo yo, sólo será una realidad social total, cuando los hombres blancos puedan asumir todos los colores de los negros y entonces tener hijos también. En Cuba, la doctrina guevarista del Hombre Nuevo se acerca mucho al sentido amplio de la revolución que yo he expresado en estas páginas. El Hombre Nuevo es el revolucionario pragmático que aniquila con eficacia las estructuras de poder del estado feudal y burgués, y toma el poder que necesita para mantener una comunidad autónoma…[29]

En pocas palabras, la receta de Cooper para la conquista de la locura, la alienación, la pobreza, y todas las otras miserias humanas, es el viejo sueño apocalíptico-milenario de la "hermandad" colectiva de los hombres y mujeres a través de todo el mundo. Es un viejo sueño que desde la Revolución francesa, se ha convertido en una pesadilla, y peor que eso, para innumerables personas a través de todo el mundo.

Como he hecho notar, Martin y Trilling enfatizan que Laing no razona ni argumenta. El culpa y predica. De la misma manera, no hay el menor esfuerzo en sus trabajos, o en los de los otros antipsiquiatras, que tenga alguna consistencia. No hay esquizofrenia, pero ellos la tratan. Los sanos están más locos que los locos, pero ellos mantienen asilos para estos últimos, no para los primeros. El Occidente capitalista es más opresivo que el Este comunista, pero todos estos antipsiquiatras viven en y del primero, y se mantienen totalmente fuera del último.

Uno de los más interesantes e informativos documentos al respecto es el *Reporte de la Asociación de Filadelfia* de 1965 a 1969. Esta es la organización fundada por, o bajo la guía, de Ronald Laing en 1965, con el propósito de proveer asilo para —¿qué podríamos llamarles?— los esquizofrénicos, gente sin hogar, "víctimas". Veamos cómo el reporte maneja la cuestión de nombrar a los "clientes" y sus "cuidadores".

Siguiendo con fidelidad el estilo del colectivismo occidental contemporáneo, el reporte no tiene ningún autor identificado o identificable, y los asilos que opera no tienen un personal identificado. Por supuesto, el individualismo, la autoidentificación como una forma de autoengrandecimiento, se denuncia desde el comienzo en la dedicatoria que dice como sigue:

> este reporte ha sido efectuado a través de la experiencia comunal de mucha gente que estuvo de acuerdo en reunirse sin un papel predefinido, profesional o social. A todos ellos, demasiado numerosos para nombrarlos, se dedica este reporte[30].

Entonces ¿qué es la Asociación de Filadelfia? Es "una Caridad Nacional registrada en el Reino Unido", y una organización que ha asegurado para sí misma la exención de "el impuesto de los Estados Unidos bajo la Sección 501 (C) (3) del Código interno de impuestos"[31]. Los propósitos de la Asociación están contenidos en sus "Artículos de la asociación", como sigue:

> Para aliviar las enfermedades mentales de toda clase, en particular la esquizofrenia.
>
> Para encargarse de, o incluso, investigar las causas de las enfermedades mentales, los medios para detectarlas y para prevenirlas, y sus tratamientos.
>
> Para proveer y fomentar la provisión de acomodos residenciales para las personas que sufren, o que han sufrido, de enfermedades mentales.
>
> Para proporcionar asistencia monetaria a los pacientes pobres.
>
> Para promover y organizar entrenamiento para tratar la esquizofrenia y otras formas de enfermedades mentales[32].

Esto podía haber sido escrito tanto por Karl Menninger como por Ronald Laing. Suena como un intento de Laing para crear su propia

versión de la Clínica Menninger; es decir, su fábrica (llamada “acomodos residenciales” en vez de “camas de hospital”) para la fabricación de pacientes mentales (llamados “esquizofrénicos”, en ambos casos), y para entrenar a los futuros trabajadores de las fábricas y sus gerentes (llamados personas “entrenadoras” en el “tratamiento de la esquizofrenia y otras formas de enfermedades mentales”, en ambos casos).

La primera tarea de la Asociación de Filadelfia fue rentar un edificio llamado Kingsley Hall con el propósito de convertirlo en un “acomodo residencial” o “asilo”. Kingsley Hall, que abrió sus puertas en junio de 1965, no tiene, según se nos ha dicho,

> ni personal, ni pacientes, ni procedimientos institucionales… Allí se tolera un comportamiento que no es tolerado en la mayoría de los otros lugares. La gente se levanta o se queda en la cama, según lo desee, comen lo que quieren cuando quieren, permanecen solos o están con los otros, y en general hacen sus propias reglas[33].

No existen, por lo menos de acuerdo con este reporte, obligaciones o deberes de ninguna especie impuestos sobre los “residentes”. Ante todo, no necesitan pagar por nada de lo que reciben.

O, si deben pagar por ello, no se menciona. Lo que sí se menciona, y también se enfatiza, es que:

> Muchos residentes son pobres, y sólo tienen beneficios de Seguridad social. Nadie ha sido rechazado por razones financieras, a pesar de nuestros recursos limitados. Sin embargo, las actividades se restringen cuando estamos bajos de fondos[34].

En pocas palabras, Kingsley Hall difiere de la Clínica Menninger (o de cualquier otro hospital privado) de la misma manera que una posada difiere de un hotel de primera clase. En cada caso, los cuartos y la manutención son previstos por un grupo de personas para otro grupo, sin tener en cuenta como se llame cada uno de estos grupos.

Por lo tanto, también hacia el dinero, Laing tiene la misma actitud pía que tienen los psiquiatras institucionales. El asilo tradicional psiquiátrico imponía una relación económica no recíproca sobre el loco, tratándolo ostensiblemente como un padre

“solícito” trata a su criatura “necesitada” mientras de hecho recibía de otros el pago por sus servicios. El mismo arreglo económico caracteriza las relaciones triangulares de los guías, los viajeros y los proveedores de fondos en los asilos de Laing. Ambas organizaciones despiden un olor de terapéutica santurrona que sin poder evitarlo excluye “el orgullo de la filantropía”[35].

Laing no impone ninguna obligación financiera explícita sobre los “pacientes” de Kingsley Hall. Sin considerar cuánto dinero pueda tener el paciente, o cuánto pueda gastar en licor, tabaco, o en juego, no tiene que gastar nada para pagar por el cuidado de su “salud mental”. ¿Cómo entonces puede evaluar él si el paciente necesita ser cuidado? Midiendo su “necesidad” en términos de su sufrimiento y su voluntad para someterse a los que le ayudan. Esta postura paternalista se ha sostenido mucho tiempo como la piedra fundamental del modelo ideal de la ética médica. Es el papel que Laing y sus discípulos abrazan ciegamente, mostrando por lo tanto, el mismo desdén hacia sus cargos que los cuidadores de los locos en Burghölzli Moudsley o Salpêtrière siempre han mostrado.

Está claro entonces, que a lo que Laing y Cooper se oponen, no es tanto a cualquier intervención psiquiátrica particular, sino al principio de hacer y mantener las promesas; no tanto a la coerción sino al contrato. En pocas palabras, a lo que se oponen no es al capricho “terapéutico”, sino a las reglas predecibles que atan por igual —moral como legalmente— a todas las partes de un contrato.

Más pronto o más tarde, me parece a mí, todos debemos escoger entre los dos principios dominantes para reglamentar las relaciones humanas —es decir, entre contratos y órdenes[36]. Confrontados con esta elección, Laing y Cooper sostienen las órdenes y se oponen a los contratos. En este aspecto tan crucial también, están hombro con hombro con las autoridades psiquiátricas tradicionales a quienes buscan reemplazar y desbancar. Las semejanzas entre los asilos de Laing y los asilos de locos van incluso más allá, como trataré de mostrar ahora.

Hay inconsistencias turbadoras, no sólo entre las aseveraciones de Laing de qué la esquizofrenia no es una enfermedad y su pretensión de que posee un método superior para tratarla, sino también entre la pretensión de la Asociación de Filadelfia de que Kingsley Hall no tiene un personal profesional o jerarquías, y la

autoidentificación de Laing en la revista *El contexto humano*, como "Director, Kingsley Hall (clínica)"[37]. En pocas palabras, en vez de desmitificar las metáforas de la medicina, Laing las denuncia con alternancia de una manera filosóficamente arrolladora y políticamente selectiva, y las utiliza en todo lo que valen desplegándolas como sus propias armas retóricas.

Reflexiones como éstas me han hecho concluir que en la guerra psiquiátrica a base de palabras, las metáforas de la medicina efectúan el trabajo de las granadas de mano; las posiciones presentes de los psiquiatras y los antipsiquiatras son como aquéllas de los soldados en las trincheras que se enfrentan unos a otros, arrojándose las mismas granadas una y otra vez, y esperando que exploten en las caras de sus enemigos en vez de en las suyas. Me opongo a esta clase de utilización del vocabulario médico, sin tener en cuenta la identidad del que lo utilice.

Claramente, los antipsiquiatras han aceptado el papel central de la esquizofrenia en la psiquiatría. Lo que han hecho, en esencia, es invertir su posición y significancia, culpando a la familia y la sociedad en lugar de culpar al paciente y su enfermedad. Por lo tanto, han argumentado que la sociedad, no el esquizofrénico, está loca; y también, por supuesto, que el esquizofrénico está, por lo menos algunas veces, más que sano, en el sentido de que al ser una "víctima", es *ipso facto* más virtuoso que sus victimarios.

Mi argumento contra la psiquiatría procede de premisas bastante diferentes y apunta hacia distintas conclusiones por completo. Mi primer cargo contra la psiquiatría ha apuntado hacia las cosas que hacen, de hecho, los psiquiatras, y mi segundo cargo contra sus pretensiones sobre la enfermedad que padecen los psicóticos. En pocas palabras, he mantenido que la intervención de los psiquiatras institucionales llamada "hospitalización mental" es de hecho una forma de encarcelamiento; que la imposición de tal pérdida de libertad sobre personas inocentes es inmoral (y en los Estados Unidos anticonstitucional); y que el fenómeno que los psiquiatras llaman "esquizofrenia" no es una enfermedad médica demostrable, sino el nombre de una cierta clase de desviación social (o bien, conducta inaceptable para quien lo pronuncia).

Aunque no es necesario sobrecargar esta presentación contando

en detalle otra vez la historia de Mary Barnes, algunos aspectos de ella son esenciales para redondear la visión de las doctrinas y los engaños de la antipsiquiatría.

Mary Bames es para la antipsiquiatría lo que "el hombre de los lobos" es para el psicoanálisis: cada uno de ellos es el caso más famoso del movimiento, el testigo testimonial más elocuente de los poderes milagrosos de su líder. El libro *Mary Barnes: dos testimonios de un viaje a través de la locura*[38], consiste de dos partes, una escrita por Mary Bames, el "turista"; la otra por Joseph Berke, su "guía". Proporciona "atisbos penetrantes" no tanto dentro del "mundo interior del esquizofrénico", sino a las advertencias prometedoras del editor, respecto del *sanctum* interior de Kingsley Hall, la mezquita sagrada de la antipsiquiatría.

El anuncio del libro promete una cosa e implica otra, ambas importantes. Promete nuevas revelaciones sobre el método especial de Laing para tratar la esquizofrenia. Implica que hay ciertas similitudes entre este testimonio y otros testimonios de recuperaciones milagrosas de la locura, con la diferencia de que esta vez, por fin, la psiquiatría —o más bien dicho, la antipsiquiatría— ha vencido realmente a la esquizofrenia.

La primera línea de las advertencias del editor, citada de un artículo en la revista *Publishers Weekly*, dice así: "Una de las ojeadas más penetrantes a las técnicas de innovación en la psicoterapia"[39]. Después sigue el propio texto del editor, que se supone aprobado por los autores y Laing:

> dos visiones del mundo interior de un esquizofrénico, contados por la paciente, y el psiquiatra que la ayudó a recuperar la salud, cuando vivían y trabajaban juntos en la comunidad terapéutica de R. D. Laing, Kingsley Hall[40].

Casi cada palabra de estas advertencias desmiente las pretensiones de Laing y las pretensiones de quienes trabajan en Kingsley Hall:

1. Laing dice que no hay esquizofrenia y que no hay esquizofrénicos; sin embargo aquí se nos ofrece, no sólo una división, sino dos, del "mundo interior de un esquizofrénico".
2. Los comuneros de Kingsley Hall pretenden que no hay

pacientes ni psiquiatras allí; sin embargo, se nos dice que sí los hay.

3. Los que operan este asilo pretenden que no pertenece, o no está controlado por nadie, sino que es una empresa comunal; sin embargo, aquí está explícitamente identificado como “de R. D. Laing”.
4. Laing y sus seguidores pretenden que el esquizofrénico no está enfermo; sin embargo, aquí se nos ofrece un testimonio de una esquizofrénica que ha recuperado la “salud” en una “comunidad terapéutica”.

Sería difícil, incluso si uno tratara de hacerlo, de agrupar más contradicciones sobre las pretensiones de Laing y las confusiones del movimiento de antipsiquiatría en unas pocas frases.

El papel de Laing en la estadía de Mary Bames en Kingsley Hall, donde se la cuidó durante su psicosis, se indica en varias partes del testimonio, empezando por los Reconocimientos, donde Berke escribe:

> Me gustaría reconocer mi deuda hacia Ronald Laing por muchos de los conceptos que discuto e ilustro a través de mi testimonio. Me refiero, más particularmente, al conocimiento de que la psicosis puede ser un estado de realidad, cíclico por naturaleza, mediante el cual el ser se renueva a sí mismo; y al conocimiento de que una persona puede funcionar a varios niveles de regresión al mismo tiempo[41].

Estas ideas pertenecen, por supuesto, a Jung, Fedem y a Freud, y no a Laing. En lo que respecta a Mary Bames, ella hace esta observación reveladora:

> Incapaz de actuar de la manera que la gente “adulta” lo hacía, me parecía estar perdida. Ronny, una vez mientras cenábamos, le dijo a las demás personas: “Mary no tiene fronteras del yo”. Sólo actuando de la manera que yo quería, siendo lo que yo era, parecía muchas veces enojar a las otras personas. Entonces me sorprendí: “pero Joe, sólo estoy actuando de acuerdo conmigo misma”[42].

Es interesante el hecho de que Laing prefiera hablar sobre Mary Bames en la jerga psicoanalítica, en vez de hacerlo en el lenguaje ordinario. Las observaciones de Mary sugieren que los “cuidadores”

de Kingsley Hall no son más tolerantes de las coerciones psicóticas que otros cuidadores de los hospitales mentales ordinarios. Además, la pasión de Mary Bames por controlar y el ser controlada es tan sencilla como la pasión de Laing y Berke por plagiar los conceptos psicoanalíticos. Ella escribe: “No ser poseída ni controlada puede ser muy atemorizante. El hospital con sus drogas y sus tratamientos físicos y la admisión compulsiva es controlador y posesivo”. En una nota al pie de la página añade: “utilizo la palabra hospital, de la manera usual aceptada. Para mí la palabra denota un lugar de curación, de terapia. Kingsley Hall es, en este sentido, un verdadero y real hospital”[43].

Mary Bames, la verdadera creyente de la metaforización de los problemas personales en enfermedades médicas, aquí se afirma a sí misma. Ella está enferma. Kingsley Hall es un hospital.

Berke y Laing son doctores. Ella los ha hecho actuar en los papeles que ha querido para imponerse en ellos. La teorización de Laing es, desde esta perspectiva, un esfuerzo por negar su relación actual con personas tales como Mary Bames: una relación basada no en un consentimiento conocido y un contrato económico, sino en una coerción y celebración mutua.

Laing comienza y finaliza *La política de la experiencia*, de una manera que me parece muy reveladora de su estilo y su visión moral. El estilo es arrogante y místico; la visión, apocalíptica y amenazadora. Sus primeras frases son:

> Pocos libros son perdonables actualmente. Un lienzo negro, silencio en la pantalla, una hoja de papel en blanco, son quizás factibles. Hay poca conjunción de la verdad y la “realidad” social[44].

¿Significa esta clase de expresión la aceptación de la psicosis y del psicótico? ¿Por qué se hace esta condenación absurda y arbitraria de los escritos de otra gente? Ya que está bien claro que Laing contempla sus propios libros como “perdonables” y “factibles”, y más que eso. También le gustan los libros escritos sobre él, aunque los árbples cortados para hacerlos hacen que sangre su corazón ecológico. “Cortaremos Dios sabe cuántos árboles para hacer una edición de este libro”, le dice a Evans. “La mente retrocede asustada ante lo que estamos haciendo”[45].

Una de las características del estilo personal y literario de Laing es su tendencia a decir y escribir cosas sin afirmar nada. Es lo que Trilling llama jerga, pero es una particular clase de jerga —una que vagamente huele a orgullo y autoimportancia. Aquí hay un ejemplo: "no me he encontrado con nadie con una mente como la mía. Es bastante original"[46].

Por supuesto. Laing hace algunas afirmaciones, y muchas de ellas son de verdad sorprendentes. Por ejemplo:

> Los militares están muy interesados en la telepatía, la hipnosis, etc… Hay un latido, o pulsación, o palpitación entre nosotros, respecto a que los dedos agarrotados y manipuladores del complejo militar-médico-científico-industrial apenas están empezando a funcionar. Los swamis están siendo estudiados electrónicamente ¿Magia del vudú? Primitivismo. Hitler y sus astrólogos. De hecho, ahora sabemos que la Segunda Guerra mundial fue programada, en gran medida, astrológicamente, por los consejeros astrológicos de Hitler. Churchill empleó un astrólogo del Estado para que lo aconsejara sobre lo que estaban haciendo los astrólogos de Hitler[47].

Quizás porque todos "conocemos" estas cosas, Laing no proporciona referencias que identifiquen las fuentes de estos "hechos". Sin embargo, por lo menos nos dice algo importante sobre sí mismo —es decir, que "el contrato que yo he hecho con mi mente es que está libre para hacer lo que quiera hacer"[48].

Laing puede ser un genio al hacer contratos con su propia mente, pero no hay evidencia de que por lo menos trate de hacer y mantener promesas reales a gente real, o de que trate de negociar y realizar contratos verdaderos con partes contratantes reales[49]. Tal predecibilidad y confiabilidad no forman parte, sencillamente, de su autoimagen o su estilo personal. Esto explica el por qué Laing sistemáticamente evita especificar lo que él mismo considera como los deberes de los "terapeutas" o "guías" con respecto a sus "pacientes" o "turistas", y viceversa.

Además, Laing también "nos hace saber" que no está satisfecho con transmitir su imagen de "realidad" sino que, si pudiera hacerse como él quiere, sólo él (y quizás otros pocos) podrían imprimir en "hojas de papel blanco"; y que, en pocas palabras, no quiere comunicarse sino convertir. En la frase de conclusión de la obra *La política de la experiencia* declara: "Si pudiera ponerte en onda, si

pudiera conducirte fuera de tu mente miserable, si pudiera decírtelo, te lo diría”[50].

Hay, por lo tanto, una simetría consistente entre la vieja psiquiatría y la nueva antipsiquiatría. En la psiquiatría la imagen dominante era la de un hombre “que perdía su mente”. El curarlo significaba, por lo tanto, ayudarlo a “encontrar la mente que había perdido”; si se rehusaba a encontrarla siguiendo la guía del psiquiatra, entonces significaba “conducirlo” otra vez a ella. En la antipsiquiatría la imagen dominante es la de un hombre que tiene una mente “falsa” o “equivocada”. El curarlo significa, por lo tanto, ayudarlo a “perder” su falsa conciencia o inautenticidad; si se rehúsa a perderla, o a renunciar a ella siguiendo la guía de los antipsiquiatras, entonces significa “conducirlo” fuera de su “miserable mente”.

Puede asegurarse que en algunas ocasiones Laing dice casi exactamente lo que yo digo sobre la esquizofrenia —es decir, que no hay tal cosa, que la esquizofrenia es un nombre y una metáfora[51]. Pero entonces, casi como si fuera suficiente el pagar un servicio hablado a esta idea, afirma una y otra vez la superioridad esquizofrénica sobre la demás gente. Aquí hay un párrafo típico:

> Los [hombres del futuro] verán que lo que llamamos “esquizofrenia” era una de las formas en que, a menudo a través de gente común y corriente, la luz empezaba a pasar por las rendijas de nuestras mentes demasiado cerradas[52].

Laing repite con frecuencia esta idea. Debemos asumir, por lo tanto, que realmente quiere decir esto y que es una parte integral de su visión de la psiquiatría y del llamado problema de la esquizofrenia. Pero por supuesto, ¡la esquizofrenia no puede ser *ambas* cosas, una enfermedad metafórica, y un estado psicopatológico definidos, por aquéllos que utilizan el término, como una metáfora literalizada! Sin embargo, Laing trata consistentemente la esquizofrenia como ambas cosas, sin tomarse el trabajo de identificar, ni tampoco de definir, a lo que se refiere cuando, por ejemplo, afirma que “la locura no significa del todo un colapso. También puede ser un camino”[53]. Esto suena bien. Mucho mejor que Bleuler. Pero no es un ápice más informativo, ya que

Laing no dice nada en absoluto sobre qué locuras son colapsos y por qué, cuáles son caminos y por qué, y cómo distinguimos una de otra cuando las vemos. En pocas palabras, Laing continúa en la tradición de Bleuler y Freud ya que él tiene sus propias categorías de conducta aprobada y desaprobada —¡incluso las llama "salud" y "locura"!— pero no nos dice clara e inequívocamente lo que son o cómo podemos identificarlas.

La impresión de que, a pesar de sus engaños verbales, la posición actual de Laing sobre la esquizofrenia está muy cercana no sólo a la de Bleuler, sino también a la de Freud, es también apoyada con firmeza por Mary Barnes, la "mujer de los lobos" de Laing. Consideremos los paralelos. Del mismo modo como Freud tenía un famoso paciente psicoanalizado en el diván, también Laing tiene uno en Kingsley Hall guiado a través de la locura. Así como el "hombre de los lobos" tenía una "neurosis", que es el símbolo sagrado del psicoanálisis, también Mary Bames tenía una "psicosis" que es el símbolo sagrado de la psiquiatría y la antipsiquiatría. Y por último, de la misma manera que el famoso paciente de Freud y las leyendas sobre él, y otros pacientes, autentificaron a Freud como un curador excepcional de neuróticos, también la famosa paciente de Laing y las leyendas sobre ella, y otros pacientes, autentifican a Laing como un excepcional curador de psicóticos.

Las similaridades estructurales generales entre la psiquiatría de asilo y la antipsiquiatría son igualmente impresionantes. Los asilos de locos eran regenteados por una serie de gente para el beneficio de otra; también lo son los asilos de Laing. La gente que regenteaba los asilos de locos insistía en que su establecimiento era un hospital, que ellos eran doctores, y que sus clientes eran pacientes; los huéspedes insistían en que eran confinados en una prisión, que sus cuidadores eran carceleros, y que ellos eran prisioneros. La gente que regentea el asilo de Laing insiste en que su establecimiento es un hotel, que ellos son guías, y que sus clientes son turistas perdidos en su viaje a través de la locura; los residentes dicen que son tratados en un hospital, que sus superiores son doctores, y que ellos son pacientes.

La batalla por las definiciones es la misma en los asilos de locos y en los asilos de Laing; hay una disyunción similar entre el cuidador y el cuidado en cada caso, el primero insistiendo en las

definiciones médicas o antimédicas de sí mismo y de su paciente; el último en sus definiciones complementarias antagonistas médicas y antimédicas de sí mismo y sus cuidadores. Contra estas semejanzas, las diferencias principales entre ellas son que, en el asilo de locos las metáforas guía eran médicas, mientras que en los asilos de Laing son Alpinistas, y que en los primeros, las relaciones de dominación y sumisión, coerción y contracoerción estaban escondidas tras las apariencias de mentes perdidas que estaban siendo restauradas a la "salud", mientras que en los últimos están escondidas por turistas perdidos que están siendo restaurados a "la verdadera salud". *Plus ca change, plus c'est la même chose*[54].

La "recuperación" de Mary Barnes dependía, por lo tanto, me parece, no de que ella fuera "guiada en un viaje a través de la locura" sino más bien de su habilidad para manipular a sus terapeutas —y de la voluntad de ellos para dejarse manipular por ella; y de su deseo de jugar el papel de paciente especial, salvada en Kingsley Hall— y del deseo de su terapeuta de comercializarla, y lanzarla, en este papel. En todas estas maneras Mary Bames fue engrandecida y se engrandeció a sí misma de autoestima. Un aspecto crucial de su relación con Laing, Berkey Kingsley Hall yace, por lo tanto, en su transformación de "esquizofrénica paranoica", que hubiera sido la categoría diagnosticada en ella por la psiquiatría tradicional, en "pintora dotada" que fue la promoción impuesta en ella por la antipsiquiatría. Ella escribe, refiriéndose a un artista nombrado como un "guía" de su "viaje": "Harry me hizo darme cuenta realmente de que yo poseía un don de Dios. Esto me conmovió por dentro. Más tarde, pensando en Harry y *Mountain Table*, pinté "Niebla, montaña y mar"[55].

Esto es muy conmovedor. Pero no puede decirse que sea un verdadero camino moral o conceptual en el tratamiento de los niños, los psicóticos u otros que necesitan ser motivados y son presa fácil de la adulación de las personas superiores de quienes dependen. Esto es, más bien, otro truco sucio —nada distinto, como hace notar David Martin, al hecho de reunir puntos de debate para poder aclarar el sentido de la esquizofrenia por medio de ejemplos sobre Vietnam[56].

Y sin embargo, la celebración de Mary Bames como una persona

“resucitada” y su propio descubrimiento como una pintora “dotada” son nuestros datos cruciales finales de la ideología y las intervenciones de la antipsiquiatría. Cuando Mary Bames entró en Kingsley Hall era una enfermera desconocida, que no se distinguía en nada, y era desgraciada. Cuando salió, cinco años después, era una mujer milagrosamente curada de la locura, una pintora dotada, una celebridad en camino hacia la fama como una diosa de la iglesia de la antipsiquiatría. No me sorprende que se haya sentido mejor.

Tal y como las operaciones características de la psiquiatría institucional disminuyen la autoestima del paciente mental por medio de una serie repetitiva de “ceremonias de degradación”, de la misma manera las operaciones características de la antipsiquiatría incrementan la autoestima de él, o ella, por medio de una serie repetitiva de “ceremonias de promoción”. Seguramente no implica ningún respaldo a la primera el ser escéptico respecto de la última. ¿Qué son estas “ceremonias de promoción”? ¿Simbolizan la adquisición de conocimientos y habilidades, como lo hacen los ejercicios de iniciación? ¿O son ocasiones ceremoniales de carácter político, como lo son las coronaciones? La distinción es importante, en maneras que no podemos considerar aquí. Será suficiente el decir que hay una razón legítima para dudar que Mary Bames haya en realidad aprendido a pintar en Kingsley Hall. En otras palabras, hay una razón legítima para creer que no fue descubierta como una “pintora dotada” sino sencillamente se afirmó que lo era.

En la cubierta de forros de su libro hay una reproducción a color de una de las pinturas de Mary Bames. Dentro de la cubierta se la identifica como: “Primavera la resurrección. Pintura hecha con el dedo en una tabla de olmo, en la primavera de 1969”[57]. No soy un crítico de arte. Incluso si lo fuera, mi juicio sobre el talento de Mary Bames como pintora pudiera ser confundido o contradicho por otros. Pero sostengo que “Primavera la resurrección” no es arte; es “pintura con el dedo” definida como arte.

Veamos “Primavera la resurrección” de Mary Bames —el nombre es de nuevo maravillosamente revelador— como símbolo ceremonial. A semejanza del nombre *esquizofrenia* que sacraliza —o sataniza— al sujeto como loco o loca, así la celebración de la pintura de Mary Bames la sacraliza como una “pintora dotada” o

genio. Laing y Cooper deberían ser, por lo tanto, contemplados como sacerdotes bendiciendo un objeto sacramental, transformando algo ordinario y profano en algo extraordinario y santo. Y Mary Bames debería ser contemplada como restaurada a la "salud" por su paso a través de un clásico ritual de purificación, que la confirmó como "salvada", sus terapeutas como sus "salvadores", y Kingsley Hall como la catedral de San Pedro de la antipsiquiatría.

Los antipsiquiatras carecen de imaginación al invertir no sólo la lógica y el vocabulario, sino incluso las trampas de la psiquiatría, y al apropiarse de ellos como si fueran sus propios principios teóricos y métodos terapéuticos "originales", provocan, por lo menos en mí, sólo desprecio y piedad. Los freudianos descubren las manchas de heces en el arte[58]; los laingianos descubren arte en las manchas de pintura. O, lo que es la misma cosa, los psiquiatras buscan los signos de la locura, y los encuentran, en las pinturas de un genio, como Vincent Van Gogh, mientras que los antipsiquiatras buscan los signos del genio, y los encuentran, en las pinturas de mujeres locas, como Mary Bames.

La llave y la cerradura encajan. El psiquiatra maldice y lo llama diagnóstico, y el paciente, especialmente si lo cree, se deteriora poco a poco. El antipsiquíatra bendice y lo llama descubrimiento de un genio, y el paciente, especialmente si lo cree, se recupera con reverencia. ¿Pero, cuántos genios se pueden producir mediante este método? ¿Cuántos puede absorber el mercado? ¿Será cada pintor de dedo, de cinco años de edad, de verdad el proto Picasso que su madre cree que es? ¿Será cada Mary Bames realmente la Mary Cassatt que sus Pigmaliones dicen que es? Cada mujer y hombre joven que están aburridos y son aburridos, que no son admirados ni dignos de admiración —o sólo son gente normal— ¿serán víctimas del "saqueo"? ¿Será que a todos ellos se les ha robado, de hecho, su autenticidad y su salud, como a los esclavos su trabajo y a la gente colonizada su riqueza? Los antipsiquiatras responden cada una de estas preguntas con un resonante "sí". Pero la respuesta correcta, sostengo yo, es "no".

Uno de los factores más impresionantes sobre el testimonio de Mary Bames de su "viaje" es la manera franca en que muestra su miedo a, y su escape de, la libertad. Estos oportunos términos son

de Erich Fromm[59], quien los introdujo para explicar la popularidad de los regímenes totalitarios en Europa después de los estragos causados por la Primera Guerra mundial. Después de los estragos que la vida y los "seres queridos" a menudo hacen en los individuos, ellos también, desarrollan con frecuencia un deseo de escapar de la libertad. Buscan asilo, que es lo que se supone es Kingsley Hall. Estos paralelos entre los regímenes totalitarios y los asilos psiquiátricos, entre el miedo y el rechazo a la libertad de masas de hombres y masas de locos son importantes y obvios. ¿Por qué entonces los enfatizo? Porque aunque es obvio que a muchos adultos les falta libertad, no tanto porque alguien se las haya robado, sino porque la han rechazado; y aunque es igualmente obvio que personas que actúan de esta manera pueden ser definidas con facilidad como psicóticas (en especial si eso es lo que quieren) no hay, sin embargo, lugar en el punto de viste de Laing sobre la esquizofrenia para ninguno de estos hechos. El esquizofrénico, según pretende él, siempre está privado de la libertad por otros —la familia, el psiquiatra, la sociedad. Implícitamente, Laing negó que el esquizofrénico sienta alguna vez miedo hacia la libertad porque sea demasiado peligrosa y exigente, o que busque alguna vez de modo deliberado escapar de ella en el regazo de otros —la familia, el psiquiatra, la sociedad.

La psiquiatría y la antipsiquiatría de nuevo aquí encajan como la llave y la cerradura. Los psiquiatras niegan que los pacientes involuntarios alguna vez quieran realmente la libertad. Los antipsiquiatras niegan que los turistas voluntarios alguna vez quieran realmente no tener libertad. Los psiquiatras insisten en ver a todos los esquizofrénicos, sin tener en cuente lo que digan o hagan, como enfermos y necesitados de tratamiento por la locura; los antipsiquiatras insisten en ver a todos los esquizofrénicos, sin tener en cuenta lo que digan o hagan, como turistas necesitados de un viaje a través de la locura.

El punto de vista antipsiquiátrico aquí también muestra con fidelidad de espejo las fulminaciones envidiosas de los modernos marxistas y comunistas quienes atribuyen la pobreza de la gente "subdesarrollada" a que ha sido robada, sobre todo por los americanos, de su riqueza. Todos los chilenos serían ricos si las compañías americanas no les hubieran saqueado sus minas de

cobre. Bajo esta perspectiva anticapitalista, las riquezas fluyen de los recursos naturales sin intervención humana. Tal intervención sólo confisca y corrompe. El chileno sentado encima de una montaña de cobre sin explotar es “rico”. La criatura a quien se deja sola con su ser incorrupto está “sana”. Cada uno se convierte en una “víctima” a través del saqueo. Cooper articula esta semejanza con inocencia y sin avergonzarse:

> El país A (por ejemplo, los Estados Unidos de América) compra jitomates del país B (por ejemplo, un estado pobre de Sudamérica), y los vende de nuevo, en latas, al país B, con el 300% de beneficio. Esto se llama “ayuda”, y esta “ayuda” se parece mucho a la ayuda y el tratamiento…[60]

Sus ideas sobre el comercio, la esquizofrenia y la condición humana total en sí, tienen sus raíces en el mismo patrón:

> Si uno plantea el problema de la esquizofrenia de esta manera, es decir, que la existencia de una persona le está siendo saqueada por otros, o la exprime por sí misma (en reconocimiento amoroso de la rapaz ingestión de los otros) de una manera tal que al final no le queda nada de sí misma para ella, ya que es completamente de otro, entonces debemos concluir que, aunque sea en un hospital esto representa un destino especial, la esquizofrenia es nada menos que el predicamento de cada uno de nosotros[61].

Aquí, por lo menos, está la imagen totalmente desarrollada de la esquizofrenia como una mente saqueada. Cooper, por supuesto, va demasiado lejos, de la misma manera que va demasiado lejos en todo. El saqueo y el ser saqueado son, por lo menos, sucesos reales y comprensibles. La gente, de hecho, priva a otros de sus *posesiones*. Pero, *cómo* pueden ser todos las *víctimas* del saqueo, que es la visión penúltima de Cooper sobre el mundo? ¿Quiénes son entonces los saqueadores? La pregunta es, por supuesto, retórica. En la imagen que Laing y Cooper están promoviendo, somos ambas cosas, víctimas y victimarios. No debemos preguntar, quién, qué y cuándo. Nos dejarán saberlo cuando estén listos.

Debería ya estar claro, que de la misma manera que el paradigma psiquiátrico de la paresia no fue original de Kraepelin, y Bleuler y sus seguidores, los modernos paradigmas de la antipsiquiatría no son originales de Laing y Cooper y sus seguidores.

Los psiquiatras han tomado prestado el modelo de la enfermedad de la medicina y con su fuerza, han declarado a la psiquiatría como una rama de la medicina —una especialidad basada en la combinación de una metáfora médica y del poder policial del Estado. De la misma manera, los antipsiquiatras han tomado prestado el modelo de la explotación —del colonialismo, de la invasión extranjera y del saqueo— de la Vieja Izquierda, y con su fuerza, han declarado a la antipsiquiatría como una rama de la Nueva Izquierda, un movimiento basado en la combinación de una metáfora marcial y el poder persuasivo de las promesas y profecías apocalípticas.

De hecho, la proposición de que el loco está sano pero que la sociedad que así lo etiqueta está loca, es tan sólo una ampliación de la famosa proposición de Proudhon de que "La propiedad es un robo". Ambos hacen uso del vocabulario de una institución para atacar a la misma institución, la propiedad privada en una instancia, la psiquiatría en la otra. En el primer caso, de acuerdo con Searle, "la regla moral o prescripción de que 'uno no debe robar' puede interpretarse como la declaración que el reconocer algo como propiedad de otro necesariamente implica el reconocer su derecho para disponer de ello. Esta es una regla constitutiva de la institución de la propiedad privada"[62]. Searle se refiere entonces a la regla de inversión de Proudhon sobre el robo, y comenta:

> Si uno trata de tomar esto como una observación interna, no tiene sentido. Fue dicho con la intención de ser una observación externa que atacara y rechazara la institución de la propiedad privada. Se alimenta de la paradoja y la fuerza utilizando términos que son internos de la institución para poder atacar a la institución. Desde la cubierta del barco de algunas instituciones uno puede bombardear con reglas constitutivas e incluso tirar algunas otras instituciones por la borda. ¿Pero cómo podrían arrojarse todas las instituciones por la borda?… Uno no podría hacerlo y todavía estar comprometido con aquellas formas de comportamiento que consideramos característicamente humanas. Supóngase que Proudhon hubiera añadido (y hubiera tratado de vivir por estas reglas): "La verdad es una mentira, el matrimonio es infidelidad, el lenguaje es incomunicativo, la ley es crimen", y hubiera continuado así con toda institución posible[63].

Es interesante ver como esto es lo que han hecho exactamente Laing y Cooper, y por qué en parte, han llamado tanto la atención de los jóvenes descontentos de nuestra época, que no teniendo nada por qué vivir, envidian de todos los que sí tienen por qué hacerlo, y quieren destruir las instituciones que dan sentido a las vidas de la gente "normal". Por mi parte, me opongo con igual fuerza a los individuos que rebajan a otros individuos al nivel de locos como un medio de ganar significancia para sus propias vidas (lo que es el canibalismo existencial característico de la psiquiatría) así como a los individuos que rebajan grupos o sociedades al nivel de locos (lo que es el canibalismo existencial característico de la antipsiquiatría) [64].

Esto es, en pocas palabras, el por qué creo que la psiquiatría y la antipsiquiatría son dos equívocos, y que dos equívocos no hacen algo correcto sino sólo un tercer equívoco todavía peor. La psiquiatría es un equívoco, en términos intelectuales —porque interpreta el desacuerdo como una enfermedad y moralmente— porque justifica el confinamiento como una cura. La antipsiquiatría es un equívoco en términos intelectuales —porque interpreta la anomalía como autenticidad y moralmente— porque mientras condena de manera selectiva el comportamiento de nuestros propios padres, médicos y políticos, justifica el comportamiento de aquéllos, dentro y fuera de nuestra sociedad, que nos privarían de nuestra libertad, dignidad y propiedad, porque nos desprecian a causa de sus propias razones personales o políticas.

Por otra parte, la psiquiatría y la antipsiquiatría se parecen una a la otra no sólo como los opuestos normalmente lo hacen sino también en su obsesión compartida por la "esquizofrenia" y su tratamiento. Esta similaridad se muestra con mayor claridad en las imágenes dominantes invocadas por la psiquiatría y la antipsiquiatría para explicar esta forma paradigmática de "locura". En la psiquiatría la imagen dominante es la de que el esquizofrénico tenía una "mente sana" pero "la ha perdido". ¿Cómo?: por la destrucción. Como un invasor extranjero que quemando una ciudad ocupada la dejara en cenizas, su mente es destruida por las espiroquetas invasoras de la sífilis.

En la antipsiquiatría la imagen dominante es la de que el esquizofrénico tenía una "mente sana", o podría haberla tenido,

pero fue privado de ella o se le impidió desarrollarla. ¿Cómo?: por el saqueo. Como un invasor extranjero que saqueando una ciudad la dejara vacía y estéril, su personalidad ha sido "vaciada" por el "amor" invasor de la familia, de la sociedad (capitalista), los "opresores".

En otras palabras, en el punto de vista psiquiátrico de la esquizofrenia, la salud es sinónimo de un cerebro biológicamente sano, lo que es casi una posesión humana universal, y se adquiere sin esfuerzo personal; la insania resulta del daño a esta atesorada posesión, a la que todos tenemos una especie de "derecho biológico". En el punto de vista antipsiquiátrico, la salud es sinónimo de un ser auténtico o verdadero, que también se concibe, en la tradición de Rousseau, como una posesión o potencialidad humana universal, y ésta también, se adquiere sin esfuerzo personal; la insania resulta del daño o la pérdida de ésta atesorada posesión, a la que todos tenemos una especie de "derecho político". El primer punto de vista, presupone un desarrollo cerebral "normal" como un proceso "natural"; el último, un autodesarrollo "normal". Este cerebro, ser puro y sano, es entonces descrito como destruido o deformado por la sifilización o la civilización. De hecho, tan recientemente como hace dos generaciones, estos dos procesos, se decía que, caminaban de la mano. La sifilización desde entonces, ha dejado de ser un contendiente principal en la carrera por corromper a la humanidad, dejando a la civilización —por lo menos entre los anticapitalistas y los antipsiquiatras— sin discusión alguna a la cabeza.

Claramente, ambos puntos de vista contienen una parte de verdad. El qué tan grande o pequeña sea esta parte depende del tiempo, el lugar y la persona. La sífilis causa paresia. Los padres, los maestros y la gente en el poder, pueden "causar" extrema angustia y miseria humana en aquéllos que dependen de ellos, y hacen, en este sentido, que "la gente se vuelva loca", Pero lo que ambos de estos modelos esconden, son las más sencillas y las más antiguas verdades humanas; es decir, que la vida es una batalla trágica y ardua; que lo que llamamos "salud" —lo que queremos decir por "no ser esquizofrénico" —tiene mucho que ver con la competencia, ganada a través de la batalla por la excelencia; con la compasión, ganada difícilmente enfrentando el conflicto; y con la modestia y la

paciencia, adquiridas a través del silencio y el sufrimiento. Esta imagen, no tanto la de una clase de salud idealista o salud mental, sino tan sólo la de ser capaz de llevar la vida con decencia y dignidad no puede encajar dentro de los paradigmas ni de la paresia ni del saqueo. Requiere un modelo o perspectiva totalmente diferente —como el de un escultor que creara una estatua de la piedra. No hay ninguna estatua escondida en la piedra. Si un hombre con un pedazo de mármol no tiene una estatua de mármol, no es porque su enemigo en campaña la haya destruido porque crea que es el ídolo equivocado; ni porque su conquistador o colonizador la haya robado porque la quiera para sí mismo; sino porque él no ha transformado la piedra en estatua.

La obligación de transformar nuestro propio ser, de un infante en un niño, un adolescente, y un adulto (en cualquier cosa que creamos que debemos ser) y el fracaso de no cumplir con esta obligación —por razones demasiado numerosas para ser consideradas aquí, pero que sin duda incluyen la naturaleza de ese mismo "ser" cuya elaboración nos compete a nosotros mismos— todo esto no tiene lugar en las teorías ni de la psiquiatría ni de la antipsiquiatría. Los psiquiatras y los antipsiquiatras son simplistas por igual en sus imágenes causales y sus estrategias de remedio. Según el punto de vista psiquiátrico, la investigación médica hará que todos estemos sanos. Según el punto de vista antipsiquiátrico, el permitir que personas incompetentes, destructivas y autodestructivas, se revuelquen en su propio autodesprecio y su desprecio por los otros, será suficiente para guiarlos con seguridad a través de su viaje por los Alpes de la alienación, después del cual llegarán a la limpia y pulcra ciudad suiza y vivirán felices para siempre. Tales son las promesas de los propagandistas, de la investigación psiquiátrica por una parte, y de los retiros antipsiquiátricos por la otra.

CAPÍTULO III

LA ESQUIZOFRENIA: ¿SÍNDROME PSIQUIÁTRICO O ESCÁNDALO CIENTÍFICO?

Si 65 años de "progreso" de la moderna psiquiatría "científica" han logrado algo, ha sido el establecer la esquizofrenia como una enfermedad irrefutablemente real o genuina —o, como los sofisticados psiquiatras lo dirían ahora, como un síndrome. ¿Y, qué es un síndrome? De acuerdo con Webster es "un grupo de signos y síntomas que se manifiestan juntos y caracterizan una enfermedad". En pocas palabras, es todavía otra trampa psicosemántica el afirmar que una "enfermedad" que no tiene una lesión histopatológica o una anormalidad fisiopatológica demostrable sea, sin embargo, una enfermedad.

La esquizofrenia está definida de modo tan vago que, de hecho, es un término con frecuencia aplicado a casi todas las clases de comportamiento que quien lo usa desapruebe. Sería entonces de igual manera imposible el revisar la fenomenología de la esquizofrenia, como el revisar la fenomenología de la herejía. Es posible, sin embargo, revisar algunos escritos modernos característicos sobre la esquizofrenia, ilustrar las formas, típicas en que se utiliza este término, y por lo tanto, mostrar que no sólo no identifica ninguna enfermedad demostrable, sino que tampoco apunta hacia ninguna referencia demostrable de una manera objetiva. Nada de esto significa que el término no tenga sentido. Por el contrario, su sentido es más poderoso a causa de su inescrutabilidad. En pocas palabras, trataré de mostrar que la esquizofrenia es un símbolo sagrado de la psiquiatría, en el mismo sentido en el que, digamos, el Cristo crucificado es un símbolo

sagrado de la cristiandad.

Todas las obras sobre la “esquizofrenia” —que se extienden hacia atrás en el tiempo durante casi setenta años, y comprenden cientos de miles de libros y ensayos “eruditos” en todas las lenguas importantes— son en mi opinión, fatalmente imperfectas por un solo error lógico: es decir que, todas las contribuciones a este tema tratan la “esquizofrenia” como si fuera la *descripción* taquigráfica de una *enfermedad*, cuando de hecho es la *prescripción* taquigráfica de una disposición, en otras palabras, utilizan el término *esquizofrenia* como si fuera una *teoría o proposición que afirma* algo sobre los psicóticos, cuando de hecho es una *justificación que legítima* algo que los *psiquiatras* les hacen a ellos.

Por lo tanto lo mismo los profesionales y los laicos, han llegado a creer que, cuando los psiquiatras hablan de una persona que tiene o sufre de “esquizofrenia”, el término se refiere a una enfermedad que es análoga, por lo menos lógicamente, a un daño, a una infección, a un desorden metabólico, o a un tumor. Esto no es así en lo absoluto. A lo que en realidad se refieren los psiquiatras es a una serie compleja de justificaciones morales y legales para encarcelar a tales “pacientes” y llamarle “hospitalización mental”. Los párrafos relevantes sobre el tratamiento de la esquizofrenia, en cualquier libro de texto estándar sobre psiquiatría, avalan esta interpretación.

La frase de Lawrence Kolb sobre esto, en su obra clásica, *Noyés-psiquiatría clínica moderna*, es típica:

> En forma ideal, el tratamiento del esquizofrénico debería haber empezado antes de que los síntomas obvios del desorden mental se hicieran manifiestos. Desafortunadamente, esto raras veces ocurre. El paciente sólo en ocasiones busca el tratamiento por sí mismo… Siguiendo el examen inicial, la decisión debe tomarse casi siempre teniendo en cuenta si el paciente debería ser tratado en un departamento donde pudiera salir el paciente, en una oficina, o admitido en un hospital. Si el comportamiento ha sido perturbado y promete ser una amenaza para la aceptación social posterior, la admisión inmediata para el tratamiento en un hospital está indicada[1].

Los factores reales de la cuestión están evitados aquí con tanto escrúpulo, que no sería demasiado decir que el autor de este testimonio es deliberadamente mentiroso. Si el esquizofrénico no

“busca tratamiento por sí mismo”, ¿cómo llega a la presencia del psiquiatra? La respuesta es: por lo regular alguien lo lleva por la fuerza o el fraude. Además, si como dice Kolb, “debe tomarse una decisión” sobre el lugar en que el “paciente” debe ser “tratado”, ¿quién debe tomarla? Al no decir, cándida y claramente, que esta decisión es tomada de modo usual por los familiares del llamado paciente, por los psiquiatras institucionales, y por las Cortes, Kolb hace que tome la apariencia de otra decisión médica cualquiera, tomada en cooperación y de común acuerdo, por el doctor y el paciente informado por completo, quien tiene el absoluto derecho de rechazar el tratamiento.

En años recientes, a medida que se ha presentado un aumento en la atención legal y pública dirigida hacia las privaciones de los derechos humanos por la psiquiatría, los psiquiatras han redoblado su esfuerzo para ignorar cuando ha sido posible, el tema de la coerción psiquiátrica. Para ilustrar los extremos a que puede llegar tal negación, es importante el volumen primero de la *Bienal mundial de psiquiatría y psicoterapia*, editado por Silvano Arieti[2]. En el índice de este gran volumen, que tiene más de 600 páginas y dos capítulos dedicados a la esquizofrenia, uno busca en vano los términos *hospitalización, involuntaria, coerción, compulsión* o *confinamiento*. En el texto, hasta donde yo he podido comprobar, no hay la más remota referencia al hecho de que los psiquiatras encierran a la gente, en especial gente llamada “esquizofrénica”. Sin embargo, con bastante obscenidad, el volumen incluye un capítulo de A. V. Snezhnevsky, director del Instituto de Psiquiatría de Moscú, y uno de los más notables criminales médicos del Soviet, responsable de la detención y la destrucción psiquiátrica de disidentes[3]. De la misma manera, Ari Kiev, el editor de *Psiquiatría en el mundo comunista*, así como los numerosos contribuyentes a este volumen, ignoran por completo la psiquiatría involuntaria[4]. Y así continúa.

Hace sólo algunos años, los psiquiatras eran más vocingleros y descarados en reconocer que los “esquizofrénicos” eran, y debían ser, encerrados en los asilos para locos. En 1938, recién salido de Alemania, Franz Josef Kallmann —el genetista pionero de los desórdenes mentales— ofreció su reveladora opinión sobre la conexión entre “esquizofrenia” y la pérdida de libertad:

> Es sabido de todos que, incluso hoy en día, el confinamiento de muchos esquizofrénicos ocurre tardíamente. La culpa de este retraso reposa en el prejuicio del público laico contra las instituciones psiquiátricas, así como en la dificultad de algunos oficiales y médicos para entender la naturaleza de la psicosis esquizofrénica… La batalla contra estos prejuicios, mantenidos desde antaño, que todavía se oponen a la pronta hospitalización del loco, debe ser un punto importante en cualquier programa efectivo de eugenesia[5].

Ya que la "esquizofrenia" no es un término descriptivo sino dispositivo —dado que no explica lo que está mal con el supuesto paciente, sino que justifica lo que "su" psiquiatra le hace— en mi opinión, sencillamente no tiene sentido el continuar tratando el término como si fuera el nombre de una enfermedad cuyo carácter biológico es exactamente igual al de otra enfermedad "orgánica"[6]. Sin embargo, de acuerdo con el punto de vista oficial actual —médico, psiquiátrico, legal y científico— la tesis de que la esquizofrenia es una enfermedad, es una conclusión tomada de antemano. De ahí que, la tarea del psiquiatra leal, no es el especular sobre si la esquizofrenia es una enfermedad, sino el desarrollar métodos para diagnosticarla con mayor precisión y tratarla con mayor efectividad. El descubrimiento de la lobotomía ejemplifica esta orientación.

En 1935 Egas Moniz (1874-1955), un neurólogo y neurocirujano portugués, introdujo la lobotomía prefrontal en la psiquiatría, y en 1949 recibió el Premio Nobel por ella. La mención por su trabajo dice así: "Por su descubrimiento del valor terapéutico en la leucotomía prefrontal en ciertas psicosis"[7]. Por lo tanto, de manera explícita, el excelso ceremonial del Premio Nobel, reconoció en Moniz al gran científico y benefactor de la humanidad; de manera implícita reconoció que "ciertas psicosis" —la mayoría de lo que los psiquiatras americanos diagnosticarían como esquizofrenia— eran enfermedades debidas a un funcionamiento anormal del cerebro. Si no ¿qué justificaría una operación tan radical en el cerebro humano?

Aquí, en las propias palabras de Moniz, está su explicación de cómo la lobotomía "cura", y su justificación para realizar esta operación:

> Empezando con [los anteriores] hechos anatómicos llegué a la conclusión de que las sinapsis que se encuentran en billones de células, son los fundamentos orgánicos del pensamiento. La vida psíquica normal depende del buen funcionamiento de las sinapsis, y los desórdenes mentales aparecen como resultado de desarreglos sinápticos… Todas estas consideraciones me llevaron a la siguiente conclusión: es necesario alterar estos ajustes sinápticos, y cambiar los caminos escogidos por impulsos en su constante paso, para modificar las ideas correspondientes y forzar el pensamiento a llevar distintos canales[8].

Es interesante e irónico que la identificación de pensamientos con sinapsis ofrecida por Moniz, cuya validez fue autentificada implícitamente al ser premiado su trabajo con un Premio Nobel, es la misma clase de asunto que la identificación del cuerpo de Jesucristo con su presencia literal en la eucaristía, la validez de lo cual está autentificada por la doctrina católica de la transubstanciación[9]. Como esta última identificación no podía dudarse o ponerse a prueba en la era de la Fe, así tampoco la primera no puede dudarse o ponerse a prueba en la era de la Ciencia. Además, de la misma manera que los sacerdotes, bajo la autoridad de la Inquisición utilizaban la estaca y el potro de tormento para "forzar el pensamiento hacia diferentes canales", así también los médicos, bajo la autoridad de la Medicina, utilizan la lobotomía y otros métodos de tortura psiquiátrica para llegar a los mismos fines. De manera ilustrativa, la lobotomía prefrontal para las "enfermedades mentales" es, hasta donde yo sé, el único "tratamiento médico" que ha sido formalmente condenado por el Vaticano y prohibido en la Unión Soviética. Aún más ilustrativo, es que Moniz reconoce que su intento por realizar la lobotomía en seres humanos no era tanto por encontrar una cura para la "psicosis", sino para encontrar una base en la cual se pudiera apoyar la piedra ideológica principal de la "psiquiatría orgánica" —es decir, para establecer un fundamento firme en "el estudio de las funciones psíquicas sobre una base orgánica":

> La víspera de mi primer intento, con mi justificada ansiedad en este momento, todos mis temores desaparecieron ante la esperanza de obtener resultados favorables. Si podíamos suprimir ciertos complejos sintomáticos de naturaleza psíquica destruyendo los grupos conectores

de células, podríamos probar definitivamente que las funciones psíquicas y las áreas del cerebro que contribuían a su elaboración, estaban íntimamente relacionadas. Esto sería un gran paso adelante en un factor fundamental para el estudio de las funciones psíquicas sobre una base orgánica[10].

Cito el trabajo de Moniz, no tanto para condenarlo, sino para hacer notar el punto de partida fundamental en este tipo de investigación de los métodos tradicionales de investigación médica. Para establecer la naturaleza orgánica de la paresia, los investigadores médicos estudiaron el cerebro de paréticos muertos y buscaron definir y demostrar la histopatología de la enfermedad. No trataron de probar que la paresia era una enfermedad orgánica del cerebro mutilando el cuerpo del parético, llamando a esto "tratamiento" y haciendo deducciones a partir de la intervención "terapéutica" sobre la naturaleza de la enfermedad. Sin embargo, la lobotomía, lo mismo que el *shock* de insulina antes de ella, y el electro-shock después de ella, fueron introducidos a la psiquiatría, y su uso fue justificado sólo en base a una verdadera perversión de la lógica y del método científico. El razonamiento en que se basa este método de "investigación" y sus resultados son aceptados ahora ampliamente. Por ejemplo, se cree que los llamados tranquilizantes mayores afectan el llamado comportamiento psicótico de manera que mucha gente considera deseable, esto "prueba" que los "pacientes" así "tratados" sufren de una "enfermedad mental" que tiene una base "orgánica".

Por lo tanto, mientras las terapias más románticas y las más radicales para la esquizofrenia vienen y van, los psicofarmacólogos se están poniendo a trabajar duro ya que quieren explotar esta vena particular que ha resultado ser una mina de oro que paga altos dividendos. Consideremos con respecto a esto un anuncio en el número de marzo de 1975 de la revista *Prescripciones habituales*. Bajo el título "qué hay de nuevo", subtitulado "Una revisión mensual de las nuevas drogas, las nuevas drogas de pronta aparición y los nuevos usos para las viejas drogas", se describen tres nuevas drogas: "Carbazepina para ataques", "Gliburida, una Sulfonilurea de la investigación", y "Molindona HCI" para la esquizofrenia. Molindone (Moban, Endo) ha sido recientemente lanzada al mercado para el tratamiento de la esquizofrenia aguda y

la crónica. Sigue una descripción de su dosis, efectos adversos, metabolismo, y finalmente, “Evaluación: Molindona es tan efectivo en la esquizofrenia como las drogas usadas normalmente, y ofrece una alternativa en pacientes refractarios”[11].

Si un médico lee suficiente información de esta clase, puede con facilidad llegar a creer que la esquizofrenia es una enfermedad, “como cualquier otra”. Por lo tanto, él “sabría” que la esquizofrenia es una enfermedad, aunque nunca estaría bastante seguro de que el paciente al que está tratando en realidad la tiene. Esta situación, tan típica de la medicina psiquiátrica “contemporánea”, completa la conquista de la medicina real (orgánica) por la falsa medicina (psiquiátrica): en los viejos tiempos, los médicos diagnosticaban enfermedades que no podían tratar; ahora tratan enfermedades que no pueden diagnosticar.

En un ensayo reciente de un prominente psiquiatra británico, se encuentra una mayor base para mi argumento de que la esquizofrenia es el símbolo sagrado de la psiquiatría, y de que constituye la base sobre la cual los psiquiatras, acosados por un enemigo cada vez más vigoroso y exitoso para desenmascarar sus pretensiones médicas y depredaciones morales, están ahora reagrupándose para una nueva defensa de su territorio, o quizás para lanzar una nueva contraofensiva. En un reflexivo artículo, R. E. Kendell, profesor de psiquiatría en la Universidad de Edimburgo, toca el clarín para la retirada estratégica de la psiquiatría[12]. Cándidamente reconoce que el desacuerdo no es una enfermedad, y que los psiquiatras han reclamado un territorio demasiado grande para sí mismos.

El enemigo, en esta perspectiva, es mi crítica de las pretensiones médicas por la conceptualización de las llamadas enfermedades mentales, que está atrayendo un apoyo cada vez mayor en varios círculos. La Asociación Psiquiátrica Americana ya se ha retirado, por supuesto, de uno de sus expuestos flancos, abandonando sus pretensiones sobre la homosexualidad como una enfermedad[13]. Kendell aconseja abandonar todos los territorios ocupados y remotos y tomar posiciones en la altamente fortificada capital:

> Vale la pena reflexionar, si los muchos intentos que hemos atestiguado recientemente para desacreditar el concepto de la enfermedad mental

> no pudieran ser una reacción a las pretensiones absurdas por igual que hemos hecho de que toda la infelicidad y el comportamiento indeseable son manifestaciones de enfermedades mentales[14].

Kendell parece estar listo para conceder que no sólo la homosexualidad, sino las ansiedades y las obsesiones, los temores y las depresiones, y todas las miles de cosas nombradas en los libros de texto psiquiátricos como enfermedades mentales, no son en realidad nada de eso. Con seguridad esta admisión por parte de una autoridad psiquiátrica tan respetada, es evidencia poderosa de que, escondido tras la pantalla de las "enfermedades mentales", yace un escándalo científico del siglo XX de primer orden. La retirada de Kendell de la fortificación de la esquizofrenia —una fortificación que él cree que está segura— es del mismo modo autoincriminatoria: "Insistamos con vehemencia", concluye, pero sin ofrecer ninguna evidencia de su conclusión, "en que la esquizofrenia es una enfermedad, y que estamos mejor equipados para entenderla y tratarla que nadie más. Pero no tratemos de hacer lo mismo con todas las angustias de la humanidad"[15].

Sin duda, los psiquiatras prominentes como miembros leales de su gremio y líderes patrióticos de sus seguidores, tienen derecho, y se espera de ellos, que hagan tales afirmaciones. Pero el problema, no es si los psiquiatras "entienden" la esquizofrenia mejor que otra gente, sino el hecho de si la esquizofrenia es una enfermedad como la paresia o la pelagra, y si los psiquiatras deberían ser diputados del Estado para confinar a las personas diagnosticadas como que la "padecen".

De hecho, ni Kendell ni Moniz ni nadie más han demostrado la validez de estas dos proposiciones cruciales —una médica y científica, la otra moral y política— sobre las que yacen las pretensiones de los psiquiatras modernos acerca de la esquizofrenia y su conducta hacia los esquizofrénicos. Es decir, que nadie ha demostrado que el supuesto síndrome clínico llamado "esquizofrenia" esté consistentemente relacionado con lesiones histopatológicas del cerebro en los esquizofrénicos, y sólo en los esquizofrénicos. O, que los pretendidos "esquizofrénicos" (y quizás algunos otros "psicóticos") sean peligrosos para ellos mismos o para otros; o que las personas que pertenecen a otras clases de seres humanos no sean igualmente o incluso más peligrosas para ellas

mismas o para otros; o bien, que las medidas impuestas de manera involuntaria sobre los “esquizofrénicos” les hagan, de hecho, convertirse en seres menos peligrosos para sí mismos o para los demás; y que, por estas razones, el uso de las intervenciones psiquiátricas involuntarias, como han sido impuestas tradicional y típicamente en los “esquizofrénicos”, esté justificado moral y políticamente. Sobre este último problema —el de la “esquizofrenia” como retórica justificadora que legitima las intervenciones psiquiátricas involuntarias— Kendell permanece también en revelador silencio.

En efecto, entonces, la perspectiva médica de la esquizofrenia es una llamada a las armas: es una orden para negar ambas cosas: lo que los llamados esquizofrénicos hacen, y lo que los médicos les hacen a ellos; y en vez de eso, para insistir en que lo que los “psicóticos” hacen son los síntomas de una enfermedad de la que ellos no son responsables, y en que lo que hacen los psiquiatras institucionales son investigaciones dentro de la naturaleza y el tratamiento de una enfermedad de la que ellos son responsables, y por la que se merecen una gratitud sin límites por parte de la humanidad; Ahora trataré de ofrecer evidencia para apoyar este punto de vista.

En un artículo publicado en la *Revista americana de psiquiatría*, el órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica Americana, Albert Urmer, de la Universidad de California de Los Angeles, revisa las implicaciones de la nueva Ley sobre Salud Mental de California[16]. Esta ley, conocida como el Acta Lanterman-Petris-Short (LPS), empezó a surtir efecto en 1969, y convirtió el confinamiento psiquiátrico en mucho más difícil de lo que había sido antes. Haciendo notar las consecuencias de esta acta, el autor, que no es de ninguna manera un oponente a la psiquiatría coercitiva, hace notar de manera casual:

> La experiencia con la nueva ley de California ha mostrado también que el sistema de salud mental se usa con frecuencia para encerrar a individuos socialmente incompetentes, y que se desarrollan sistemas alternativos cuando este sistema se hace inaccesible. Por ejemplo, una proporción significativa de individuos había sido confinada en los hospitales del Estado antes de la ley LPS, no porque ellos fueran violentos o suicidas, sino porque eran una molestia para la sociedad…[17]

Esta frase, “porque eran una molestia para la sociedad”, será nuestro punto de partida para lo que sigue. Por supuesto, todos en la psiquiatría, y mucha gente fuera de ella, saben y siempre han sabido, que ésta es la verdadera razón del por qué la gente es encerrada en los hospitales mentales: porque son una molestia. Pero esta idea o frase no aparece en la versión más reciente del *Diagnóstico y Manual Estadístico* de la Asociación Psiquiátrica Americana[18], en el que se hace una lista de las enfermedades mentales reconocidas oficialmente por este cuerpo de estudiosos. Entonces, ¿cómo es que estas personas —quienes, de acuerdo con Urmer, fueron hospitalizadas sólo porque eran una molestia— están clasificadas allí? Ya que el 25% de los pacientes de los hospitales mentales públicos, en los Estados Unidos, son admitidos como esquizofrénicos y, ya que el 60% de aquéllos que ahora residen en tales hospitales están clasificados así[19], podemos asumir con seguridad que, por lo menos la cuarta parte de los pacientes a quienes se refiere Urmer fueron diagnosticados como esquizofrénicos.

He documentado en alguna otra parte la clase de alborotadores que son llamados “esquizofrénicos” y la clase de autoridades que lo hace, el por qué y la manera en que luego son hospitalizados y tratados por esta “enfermedad”[20]; añadiré algo a esta información, sobre todo en lo que concierne al uso actual de este diagnóstico en la Unión Soviética. Pero antes de hacerlo, quiero llamar la atención sobre un estudio del Departamento de Higiene Mental de California, que confirma de una manera definitiva mi pretensión de que muchos de los llamados pacientes “diagnosticados” y “tratados” por los psiquiatras institucionales son, de hecho, personas médicamente sanas que son contempladas como pacientes sólo porque residen en un hospital mental del Estado[21]. Al discutir las tasas de mortalidad en distintos grupos de la población geriátrica de un hospital mental, los autores de este estudio identifican los dos grupos que tienen la tasa de mortalidad más baja como los pacientes de “élite” y los “pacientes normales”. Greenblatt y Glazier —quienes citan este estudio con una aprobación sin límites, olvidados por completo de las implicaciones morales y políticas de clasificar a la gente como “pacientes normales”— identifican los dos grupos como sigue:

Los pacientes de “élite” fueron descritos como muy sociables y

obedientes, independientes en su cuidado personal, y físicamente sanos, pero manifestando una relativamente larga serie de síntomas Psiquiátricos. Los pacientes "normales" fueron descritos como no debilitados en ninguna esfera, alertas, obedientes, de físico sano, y sin síntomas psiquiátricos[22].

El último grupo es de hecho "más sano" que la población "sana" tal y como esta población es descrita por los epidemiólogos psiquiátricos y los traficantes de la locura[23]. A pesar de la tan crasa admisión de que mucha de la gente confinada en los hospitales mentales del Estado está "sana", la pretensión, beata, de que tales instituciones sirven al propósito de "tratar a los pacientes enfermos" por sus "enfermedades mentales" sigue sin debatirse —y está reforzada hoy en día poderosamente no sólo por las pretensiones de los inquisidores psiquiátricos que predican un "derecho al tratamiento", sino también por los argumentos de los abogados en derechos civiles y los juristas "liberales" que reinterpretan la Constitución para dar a los inquisidores un "derecho a tratar" a sus víctimas[24].

La proposición de que el significado real de la esquizofrenia ha sido siempre, y continúa siendo, el de "loco" y por lo tanto "confinable", está apoyada por el uso extendido de este "diagnóstico" en la Unión Soviética. Si las autoridades rusas hubieran querido humillar e insultar a sus disidentes, ellas y sus lacayos psiquiátricos podrían haber etiquetado cualquier diagnóstico psiquiátrico derogatorio en ellos. Los hubieran podido llamar maniáticos, obsesos u homosexuales. ¿Por qué entonces escogieron llamarlos esquizofrénicos? Porque, más que en ningún otro término de diagnóstico psiquiátrico, la *esquizofrenia* lleva en sí la implicación de que la persona así "diagnosticada" está loca, no sabe lo que está haciendo, no es responsable de su comportamiento y por lo tanto debe ser "tratada". Esto explica el por qué la *esquizofrenia* ha justificado, y sigue justificando, la imposición de las intervenciones psiquiátricas involuntarias sobre el "paciente" así diagnosticado.

Mientras que una presentación y una discusión adecuadas sobre las barbaridades soviéticas justificadas por medio de la "esquizofrenia" requerirían un libro, quiero ofrecer unas cuantas

citas para ilustrar el sentido real, contra el abstracto, y el uso de este término. Las siguientes citas son de una entrevista con un psiquiatra ruso, la Dra. Marina Woikhanskaya[25], quien se identifica como sigue:

> Dejé la Unión Soviética el 11 de abril de 1975, y en la Unión Soviética estuve trabajando como psiquiatra durante los últimos doce años. Trabajé en uno de los más grandes hospitales de la ciudad. Estaba muy orgullosa de mis pacientes y de mi trabajo, ya que era uno de los tipos de trabajo más humanos que pueden existir[26].

En 1974, ella por fin se da cuenta de que la situación no es tan idílica; pero por supuesto todavía le gusta el sistema: "supe que en varios hospitales en la Unión Soviética hay un gran número de los llamados disidentes". Los esquizofrénicos, sin embargo, nunca son "llamados así" según Woikhanskaya. Son "reales". Ella cree en la esquizofrenia tan firmemente como cree en el marxismo. "Este problema [es decir, el 'abuso' de la psiquiatría] me preocupa en gran medida", dice, "y preocupa también, en gran medida, a los psiquiatras soviéticos honrados"[27]. Lo que los "psiquiatras honrados" hacen de hecho en la Unión Soviética lo sabemos rápidamente, con bastante claridad, a través de sus respuestas a las preguntas del entrevistador:

> Pregunta: —¿Qué tan frecuentemente en los casos psiquiátricos en general, es decir, aparte de los disidentes, se realiza el tratamiento compulsivo en la Unión Soviética?
> Woikhanskaya: —Una persona enferma mental no tiene derechos en la Unión Soviética; y es una decisión que compete en su totalidad a los doctores, el mandar a esta persona a un hospital o no hacerlo; y si el doctor cree que hay algún peligro de que esta persona se comporte de una manera inadecuada, esta persona va al hospital.
> Pregunta: —¿Y, esto se aplica a todos los casos psiquiátricos?
> Woikhanskaya: —Sí[28].

Entonces sabemos sobre la esquizofrenia en Rusia, y nos damos cuenta, si estamos dispuestos a enfrentamos a ello, lo poco que ha cambiado esta "enfermedad" desde el Zürich de Bleuler al Moscú de Brezhnev:

> Pregunta: —¿Si los disidentes son admitidos oficialmente, debe haber

> alguna categoría oficial de diagnóstico bajo la cual ellos son etiquetados, y debe existir un criterio con el cual deban encajar para ser admitidos de esta manera?
> Woikhanskaya: —El diagnóstico es de tipo aburrido y consistente. Esquizofrenia baja, síndrome reformante, esquizofrenia crónica, esquizofrenia en aumento o latente, y síndrome de reforma buscando tipos esquizofrénicos… Se les da tratamiento de insulina, se les da tratamiento de electro-shock. No están enfermos, sin embargo, el tratamiento es estándar para la gente enferma[29].

Aquí está todo en signos de pura cultura: la "reforma que busca" según la "esquizofrenia"; la encarcelación psiquiátrica del "paciente" y su "tratamiento" involuntario. Si los filósofos lingüísticos y los semánticos están en lo correcto cuando insisten en que lo que una palabra significa debe inferirse de la manera en que se la usa, entonces esto es lo que quiere decir *esquizofrenia* —no sólo en la Rusia comunista sino en todas partes.

El historial del "diagnóstico" y el "tratamiento" de un "disidente" fue publicado en un número reciente de la revista *Nuevo hombre de estado*[30] y complementa y amplía lo dicho por la Dra. Woikhanskaya.

Un hombre joven, Jan Krilsky, judio y sionista, fue arrestado en la Unión Soviética por entrar de manera ilegal en una fábrica con el pase de un amigo. La policía le preguntó: ¿por quién lucharía si hubiera guerra entre Israel y Rusia? Por Israel, contestó él. Aquí está lo que pasó después:

> Su padre, llamado por la KGB, estuvo de acuerdo con el confinamiento de su hijo en Jaroslave, [una ciudad cerca de Moscú] en un hospital mental para ser tratado de esquizofrenia, pero sólo, pretende, en un intento desesperado por evitar una larga sentencia en prisión. (Jan tenía entonces 18 años). El tratamiento fue, por supuesto, inyecciones de sulfazina, azufre purificado en aceite de semilla de durazno, lo que hizo que su temperatura llegara a los 41.º centígrados. No hay un uso moderno para esta droga, de acuerdo con el Dr. Harold Merskey, psiquiatra londinense y presidente del Comité Científico y Médico para los Judíos Soviéticos… El muchacho fue trasladado al hospital mental cerrado de Yakovenko en Moscú, y seis meses después fue dado de alta por una comisión de doctores como "curado"… [Más tarde] mientras estaba arrestado, la KGB redactó una carta dirigida al Ministro de Asuntos Extranjeros, Gromyko, en la que se expresaba el deseo de Jan

> de ir a Israel; Jan firmó enojado. Esto equivalía a una confesión de locura. En pocas semanas, fue mandado de un hospital a otro[31].

El recibir estos beneficios gratis del Sistema de Salud ruso fue evidentemente suficiente para que, incluso el padre de Jan, quien había sido un miembro leal del partido comunista durante 52 años viera la luz:

> Para entonces, Julius, el padre, ya había tenido suficiente. Hizo una petición oficial para que le fuera permitido a la familia emigrar a Israel… [Entonces un viejo cargo criminal contra él fue abierto de nuevo, y la corte] confinó a Jan a un hospital mental "hasta que se recuperara de su sionismo militante"[32].

Por notables que parezcan estos "abusos psiquiátricos", los conceptos y métodos de los gángsters psiquiátricos rusos que los perpetran están legitimados y apoyados por sus colegas de occidente. ¡Incluso Kendell, quien es ahora el decano reconocido de los psicodiagnosticistas británicos, no los critica! En su reciente libro, *El papel del diagnóstico en la psiquiatría*, en el que nunca menciona la represión psiquiátrica de los desviados en Rusia o en alguna otra parte, afirma:

> El concepto ruso de esta enfermedad [esquizofrenia] comprende tres subtipos: esquizofrenia periódica, esquizofrenia lenta, y esquizofrenia cambiante, que no son reconocidas en ninguna otra parte. En general, los psiquiatras rusos parecen estar influenciados más por el curso de la enfermedad y menos por su sintomatología real, que otros psiquiatras europeos, un hecho que ha tenido que ver en recientes controversias políticas[33].

Los psiquiatras rusos que hacen y apoyan tales diagnósticos de la esquizofrenia en los "disidentes" son, por supuesto, miembros de las mismas organizaciones psiquiátricas internacionales que los psiquiatras occidentales —y también lo son los psiquiatras americanos que hacen y apoyan los diagnósticos de la esquizofrenia en los "locos" como Ezra Pound y James Forrestal. "Pacientes" como éstos forman la base "clínica", sobre la que otros "investigadores" basan sus teorías sobre la naturaleza y la causa de la esquizofrenia, y sus recomendaciones para su tratamiento apropiado.

Consideremos ahora cómo este sencillo problema real —es decir, que las personas son encerradas en hospitales mentales porque molestan a otras, y entonces son llamadas “esquizofrénicas”— puede afectar la validez de las declaraciones de algunos de los más famosos biólogos, químicos y genetistas contemporáneos.

En 1970, el doctor genetista Joshua Lederberg, un ganador del Premio Nobel de medicina y fisiología,

> hizo una petición para que se estableciera la investigación genética a nivel nacional con el fin de ayudar a la realización de una nueva era en la medicina. Pidió que el Congreso designar $10,000,000 U. S. adicionales del siguiente año fiscal para la investigación genética futura… El Dr. Lederberg dijo que las enfermedades conocidas como tan sólo de origen genético apenas formaban una cuarta parte del total, pero que había muchas enfermedades principales en las cuales se creía que los factores hereditarios jugaban algún papel. Entre ellas nombró a la diabetes y la esquizofrenia[34].

Pero ¿cómo puede saber Lederberg que alguien tiene esquizofrenia? Podemos asumir que no haría el diagnóstico por sí mismo, sino que confiaría en un psiquiatra de reputación para hacerlo. Por lo tanto, basaría su especulación genética en un fraude profesionalmente organizado y apoyado —cuya fraudulencia acepta en vez de investigarla.

Este ejemplo anterior —el de un biólogo que basa su trabajo sobre la premisa de un diagnóstico médico establecido de la esquizofrenia— es característico de una gran parte de las obras genéticas sobre la esquizofrenia. Por ejemplo, *sir* Julian Huxley, uno de los biólogos más destacados en la actualidad, ha afirmado que: “parece estar claro ahora que la esquizofrenia, por lo menos en la gran mayoría de los casos, está basada en un sólo gene parcialmente dominante con baja penetración. Queremos mantener la hipótesis de que implica un morfismo genético…”[35]. Uno se pregunta: ¿qué esquizofrenia tiene en mente Huxley?— ¿la de Jesús?, ¿la de Lincoln?, ¿la de Hitler?, ¿la de Stalin? Todos estos hombres, y por supuesto innumerables otros menos conocidos, han sido diagnosticados como esquizofrénicos— por expertos que Huxley respeta, y en quienes confía.

Considerando la manera en que se diagnostica la esquizofrenia, es sorprendente el espacio que le dedican las revistas científicas

prestigiosas a las repetidas declaraciones de los investigadores que dicen que la esquizofrenia es, primero, una enfermedad, y segundo, una enfermedad genética. En 1970, la revista *Science* publicó una de sus periódicas reafirmaciones sobre la realidad del concepto de enfermedad en la esquizofrenia. En ella, Leonard Heston, un psiquiatra, afirmó:

> La contribución de los factores genéticos a la etiología de la esquizofrenia ha sido confirmada de una manera decisiva… La importancia de los factores genéticos en el desarrollo de la esquizofrenia ha sido actualmente establecida más allá de la disputa razonable… conociendo el riesgo de la esquizofrenia para la población como un todo, se estima que por lo menos el 4% de la población general sufrirá de una enfermedad esquizoide-esquizofrénica[36].

Esto afirma doblemente a la psiquiatría: garantiza un flujo seguro de pacientes, y tilda de escépticos todos los puntos de vista de aquéllos aquí llamados "irrazonables".

En el mismo año, Elaine Cumming, una socióloga que entonces trabajaba como una de las principales ceremonialistas para el Departamento de Higiene Mental del Estado de Nueva York, escribió un editorial para la *Revista americana de psiquiatría*. Después de una página y media de no decir prácticamente nada, llega a esta sorprendente conclusión:

> Por encima de todo, en la psiquiatría tenemos el problema extra del estigma, todavía unido a nuestras enfermedades. La mitad de nuestra investigación parece tener una meta sutil que consiste de alguna manera en "culpar a alguien", por esta enfermedad lesiva en lo social y lo personal, que es la esquizofrenia. Tal cuadro mental debilita la investigación, aunque quizás es necesario para nuestra sobrevivencia social. En cualquier instancia, el descubrimiento de un virus o de una unión bioquímica reemplazable en la cadena causal [de la esquizofrenia], sería un doble servicio, tanto para los epidemiólogos, como para una verdaderamente terrible enfermedad[37].

Esta es una conclusión maravillosamente reveladora de una investigadora de quien yo sospecho que sabía en realidad más de lo que dice. Si, como ella dice, la esquizofrenia fuera una enfermedad, eso sería sin duda un "servicio" para la psiquiatría. ¿Para qué? Para el fraude de ser una especialidad médica falsa. Con seguridad sería

un servicio para la psiquiatría si pudiera demostrarse que la esquizofrenia es debida a un virus o a un defecto genético. Me atrevo a decir que también les gustaría a los capitalistas si pudiera demostrarse que el comunismo es una "enfermedad mental" de esta clase y viceversa. También les gustaría a los judíos si pudiera demostrarse que el mahometismo es una "enfermedad mental" y viceversa. En otras palabras, en nuestro mundo médicamente intoxicado, por lo general se cree que en un desacuerdo entre dos partes, si una de ellas pudiera demostrar que la otra está enferma —"sobre todo esquizofrénica"— esto establecería de modo irrefutable la superioridad, a la vez científica y moral, de una sobre la otra. ¿Cómo, si no, podemos explicar la esperanza ferviente, en casi todos los círculos "científicos", de que la esquizofrenia sea una enfermedad y preferentemente una enfermedad genética? ¿Por qué no existe también la esperanza, en tales círculos, de que sea un mito, una equivocación médica, hecha y creada por el deseo de confinar a ciertos alborotadores? ¿No ayudaría esto también a las víctimas?

La retórica británica estándar sobre la esquizofrenia no se distingue de la americana. En un editorial de la revista *Nuevo Científico*, se nos informa:

> La esquizofrenia es una terrible enfermedad que aflige a uno de cada cien individuos de la población y mancha las vidas de muchos más a causa del efecto que el esquizofrénico puede tener sobre el resto de su familia. Unos 60.000, de los individuos que ocupan las camas de los hospitales en Inglaterra, son esquizofrénicos… Todo esto ocurre con una base científica de evidencia arrolladora que apunta hacia el hecho de que la enfermedad tiene una base genética, probablemente a través de la intervención de cambios bioquímicos en el cerebro. No es mística; tiene causas físicas; y es curable, si se la investiga suficientemente desde la base[38].

Me atrevo a decir que nunca, en la historia de la medicina moderna, se han hecho tantas afirmaciones por parte de las autoridades sobre la causa de una enfermedad, sobre todo cuando la enfermedad en cuestión no puede ser ni siquiera identificada con objetividad por medio de criterios y observaciones histopatológicos o fisiopatológicos; y cuando, en otras palabras, la verdadera identidad, para no mencionar la naturaleza de la enfermedad, que

las autoridades tan seguras de sí mismas, sin duda arrogantemente, tienen el propósito de investigar y curar, es escamoteada, si no en el misterio, sí con seguridad para la controversia.

En la actualidad no hay ninguna evidencia demostrable histopatológica o fisiopatológica que apoye la pretensión de que la esquizofrenia es una enfermedad. Sin duda, si la hubiera, los que apoyan esta pretensión serían los primeros en afirmar que la esquizofrenia no es una enfermedad mental sino una enfermedad del cerebro. Sin embargo, de acuerdo con la doctrina psiquiátrica actual, aceptada en todo el mundo, la esquizofrenia es una enfermedad; es, además, "básicamente" la misma en todas partes, aunque, a causa de las diferencias en los estilos de vida nacionales, los psiquiatras de los diferentes países tienden a diagnosticarla con algo de diferencia.

El Dr. Steven R. Hirsch, conferencista decano del hospital Westminster en Londres, establece que los psiquiatras americanos hacen el diagnóstico de la esquizofrenia dos veces más a menudo que los psiquiatras británicos[39].

El Dr. Tolani Asuni, director del hospital neuropsiquiátrico de Aro-Abeokuta, en Nigeria, declara que "la esquizofrenia no puede ser un producto exclusivamente de la sociedad occidental, porque es responsable del 70% de las admisiones en los hospitales psiquiátricos de África"[40].

La Dra. Jimmie Holland, del colegio Albert Einstein de medicina, cuenta, en base a sus experiencias personales en la Unión Soviética que "una vez que un paciente en la Unión Soviética es diagnosticado como esquizofrénico, se le considerará siempre esquizofrénico aunque deje de tener síntomas"[41]. Ella nos hace notar:

> A los psiquiatras soviéticos se les hace difícil creer que no todos los *hippies* americanos son esquizofrénicos… Un psiquiatra soviético puede creer sinceramente que un disidente político tiene la forma continua de esquizofrenia, porque el disidente parece sobreevaluar ideas que son importantes para sí mismo, y puntos de vista ideológicos sobre la necesidad de cambios políticos… Los pacientes no pueden escoger al psiquiatra que los trata… El comportamiento del psiquiatra es amable, responsable, paternal, y firmemente autoritario. Tiene el poder de

> cambiar la situación de trabajo del paciente, darle de alta, y tomar otras decisiones sobre su vida…[42]

Si se piensa que sólo en la actualidad las definiciones y usos de la esquizofrenia son tan variables, elásticas, y enjuiciables moralmente —que el diagnóstico era definido y utilizado más cuidadosa y estrechamente en el pasado— citaré un ejemplo que echa por tierra esta creencia. La fuente es otra vez Kallmann, quien, como debe de recordarse, está considerado como el padre fundador de la genética psiquiátrica moderna. Entre los pacientes que citó en su estudio clásico de 1,087 esquizofrénicos, incluyó un "subgrupo" que llamó "los psicópatas esquizoides", y cuyos miembros describe como sigue:

> Al clasificar a los psicópatas esquizoides, interpretamos de nuevo el diagnóstico lo más estrictamente posible [sic]… Nuestro concepto de psicópata-esquizoide, por lo tanto, incluye los insociables, insensibles, los indecisos y los tipos fanáticos, contemplados por Schneider como los prototipos del catatoide, hebdóico, esquizoide y casos paranoicos, respectivamente, y también como los tercos bobos de Hoffmann, los tiranos maliciosos, los maniáticos raros, los intrigantes superpedantes, los "niños modelo" remilgados, y los soñadores que no tienen contacto con la realidad. Sin embargo, sólo incluimos individuos psicópatas que mostraron las características fundamentales esquizoides de la introversión autística, la inadecuación emocional, y los que tenían estallidos de temperamento repentinos y respuestas motoras inapropiadas a los estímulos emocionales, y en los cuales, tales síntomas de anormalidad esquizoide como la intolerancia, la beatería, la avaricia, la superstición, la sospecha, la obstinación, o la manía, estaban presentes en un grado desproporcionado y notable, dominando la personalidad de los individuos en cuestión[43].

¿Es éste un testimonio de lo que Kendell pretende de buena fe que sea una enfermedad médica incuestionable? ¿O lo es de los "síntomas" de tal enfermedad? Si el término esquizofrenia no escondiera un problema humano tan inmenso, uno estaría tentado a detenerse aquí. Ya que, ¿qué mayor evidencia se necesita para mostrar la crueldad de este engaño? ¿La de que la esquizofrenia no es una hipótesis científica sino un símbolo sagrado? ¿Y que, como tal —a semejanza del fantasma medieval apuñalado por judíos maliciosos— muestra los "síntomas" más aterradores y por lo tanto

justifica las medidas más crueles?[44]

Los ejemplos que he citado —y hay innumerables otros semejantes a ellos— nos muestran dos cosas: primero, que ninguno de los expertos citados parece tener la menor duda de que la esquizofrenia es una enfermedad que sepa reconocer e identificar; segundo, que hay confusión —en la mente de estos expertos, en sus testimonios, y en la psiquiatría en general— sobre las diferencias entre ciencia y política, entre diagnóstico médico como taxonomía técnica, y entre el diagnóstico psiquiátrico como acción política. Las proposiciones científicas están apoyadas por la evidencia: por ejemplo, la proposición de que la paresia es una infección sifilítica del cerebro está apoyada por la evidencia del *treponema pallida* en el cerebro de tales pacientes. Las acciones políticas, por Otro lado, están apoyadas, no por la evidencia, sino por el poder: por ejemplo, la política de confinar por la fuerza a algunas personas sin acusarlas de crimen o probarlas por ello y de imponerles por la fuerza la etiqueta estigmatizante de "esquizofrenia", está apoyada no por alguna evidencia de lesiones morfológicas en sus cerebros, sino por el poder de las autoridades para actuar de esta manera particular con estas personas particulares. El uso de tal poder está claro, y no se pone en duda normalmente, cuando la imposición forzosa del papel estigmatizante y el status de confinación se lleva a cabo sin la participación de personal médico o psiquiátrico. Por ejemplo, cuando los nazis estigmatizaron y segregaron a los judíos, se llamó persecución; cuando los americanos estigmatizan y segregan a sus compañeros americanos que tienen piel negra o ancestros japoneses, también se llama persecución. Pero cuando la gente a través del mundo estigmatiza y segrega a sus propios parientes y vecinos que se comportan de una manera que la mayoría no aprueba —y cuando esta estigmatización se lleva a cabo por medio de estigmas pseudomédicos y segregaciones pseudomédicas— entonces se acepta por lo general no como una persecución, sino como psiquiatría[45].

Mientras algunos expertos se preocupan por la naturaleza y la causa de la esquizofrenia, otros —entre ellos biólogos y químicos, lo mismo que psiquiatras— están dispuestos a tratarla. Entre los no psiquiatras que ofrecen una cura para ella, está una autoridad no

menos importante: Linus Pauling, merecedor de dos Premios Nobel. Como editor conjunto de un libro titulado *Psiquiatría ortomolecular*, y subtitulado con modestia *Tratamiento de la esquizofrenia*, Pauling pretende que la esquizofrenia se cura con "terapia megavitamin", es decir, con dosis masivas de vitaminas[46]. La manera en que él sabe de buena fe que está tratando un caso de esquizofrenia, no está claro. Debemos asumir que Pauling acepta el dictado de sus colegas psiquiatras, que lo que ellos *llaman* esquizofrenia *es* esquizofrenia — una postura que otorga mala fama a un científico de su estatura.

En su prefacio a *Psiquiatría Ortomolecular*, Pauling escribe:

> En el artículo *Insania*, en la edición novena de la Enciclopedia Británica (1881), la insania se define como una enfermedad crónica del cerebro que induce síntomas de desorden mental crónico. El autor del artículo (el doctor J. Batty Tuke, conferencista sobre la insania, del Colegio de Medicina de Edimburgo), afirmó entonces, que esta definición poseía la gran ventaja práctica de imprimir en la mente del estudiante el hecho fundamental de que la insania es el resultado de una enfermedad del cerebro… En la actualidad… se acepta en todo el mundo, que el cerebro es el órgano a través del cual se manifiestan los fenómenos mentales, y por lo tanto, que es imposible concebir la existencia de una mente insana en un cerebro sano[47].

Pauling cita este párrafo, articulando el paradigma de la mente parética, sin una aprobación calificada. Pero mientras que Tuke afirma una hipótesis, Pauling la trata como si fuera un hecho. Es bastante interesante ver que Pauling no intenta probar que la esquizofrenia sea una enfermedad del cerebro, como Noguchi y Moore probaron que la paresia sí lo era, sino que trata de establecer la validez de su pretensión citando, y rechazando, la pretensión freudiana de que la "enfermedad mental" es "psicogénica":

> En 1929, cuando la catorceava edición de la Enciclopedia Británica fue publicada, la situación había cambiado, principalmente a causa del desarrollo del psicoanálisis por Sigmund Freud. La primera definición de insania fue rechazada, y fue reemplazada por discusiones a partir de dos puntos de vista (uno orgánico, el otro psicogénico)[48].

Después de citar la definición psicoanalítica estándar de "enfermedad mental", pero sin hacer notar el cambio de terminología de "insania" a "enfermedad mental", Pauling continúa

como sigue:

> El psicoanálisis ha fallado, y la psiquiatría está actualmente volviendo, de una manera rápida, hacia el punto de vista científico, al reconocimiento del carácter corpóreo de la enfermedad mental… El reconocimiento de la efectividad de las fenotiazinas y otras drogas (y la inefectividad del psicoanálisis) ha acelerado la nueva aceptación del concepto de que la enfermedad mental es una enfermedad del cerebro, y que el cerebro en sí necesita ser tratado por medio de cambios en su composición molecular[49].

Pauling está diciendo varias cosas aquí y todas al mismo tiempo. Debemos separarlas para tratar cada idea a la vez. Primero, Pauling parece decir que no hay enfermedad mental, que no puede haber enfermedad mental, que enfermedad es, por definición, algo corpóreo. Con esto estoy de acuerdo. Pero si todas las llamadas enfermedades mentales son enfermedades del cerebro, si todas las enfermedades mentales son en realidad sólo los "síntomas mentales" de condiciones como la paresia o la pelagra —entonces no tiene sentido tener dos clases de enfermedades mentales: una neurológica, y la otra mental. En vez de eso, sería necesario insistir —como yo he insistido— en: primero, que las enfermedades del cerebro son enfermedades del cerebro, y que las enfermedades mentales no son enfermedades para nada; segundo, que lo que se sospecha es una enfermedad del cerebro, no se convierte en una enfermedad del cerebro en sí, hasta que se prueba mediante datos repetitivos apropiados y consistentes de naturaleza histopatológica o fisiopatológica; y tercero, que las personas con, o sin, enfermedades del cerebro, son "pacientes" sólo hasta el punto en que consientan en asumir este papel— porque los individuos de una sociedad libre tienen el derecho fundamental de rechazar el diagnóstico médico, la hospitalización y el tratamiento.

Pero esto no es lo que se infiere de los párrafos de Pauling a partir de su pretensión infundada e insostenible, de que todos los pacientes mentales tienen enfermedades del cerebro. En vez de eso, Pauling extrae tres distintas inferencias, todas las cuales me parecen vacías, falsas, o inmorales. Primero, Pauling afirma que el psicoanálisis ha fallado como terapia; así es, pero no por las razones que él argumenta, sino más bien porque la conversación no puede curar enfermedades reales, y porque es imposible curar

enfermedades (“mentales”) que no existen[50]. Segundo, Pauling señala el uso de los modernos psicofármacos como evidencia de que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro; de la misma manera podría señalar el uso extendido del alcohol o el tabaco como evidencia de que una gran proporción de la raza humana sufre deficiencias del alcohol o nicotina. Y tercero, Pauling declara que el “cerebro en sí necesita ser tratado”; esto es un mal inglés, ya que el cerebro o el hígado no pueden ser tratados —sólo las personas, o los pacientes, pueden serlo. En otras palabras, Pauling evade el problema de si la persona que parece ser el desafortunado poseedor de un cerebro supuestamente enfermo debiera, o no debiera, tener algo que decir sobre su tratamiento. La evasión de Pauling, con seguridad implica, y los compañeros psiquiatras que tiene lo implican decisivamente, que está a favor de tratar a tales personas con su consentimiento cuando el consentimiento puede ser obtenido, y de tratarlas sin su consentimiento cuando no puede obtenerlo (quizá obteniendo el consentimiento de los parientes en las Cortes, como se acostumbra a hacerlo en la pediatría y en la psiquiatría).

La verdadera cuestión es que en las manos de Pauling, o en su mente, no hay, de ninguna manera, pacientes psiquiátricos como personas o agentes; sólo hay cerebros enfermos que necesitan ser arreglados por medio del tratamiento ortomolecular. Su siguiente afirmación, que raya en lo extravagante por su imagen de lo que los psicoterapeutas hacen con sus pacientes, apoya firmemente mi observación anterior:

> La decisión de la mayoría de los psiquiatras que no aceptan los principios de la psiquiatría ortomolecular para restringir a sus pacientes de tomar vitaminas a ciertos grados arbitrarios, sin comprobar el posible beneficio para el paciente que toma muchas pastillas, no puede justificarse[51].

Los psiquiatras, los psicoterapeutas, y los psicoanalistas han sido acusados de toda clase de errores, incluso por mí mismo, pero me atrevo a decir que la acusación de que “restringen a sus pacientes de tomar vitaminas”, es nueva. La elección de Pauling de la palabra “decisión” para describir el control “de la mayoría de los psiquiatras” sobre el consumo de vitaminas que tengan sus

pacientes, es extraña, por no decir más. De hecho, la mayoría de los psiquiatras no saben, ni les importa, la cantidad de vitaminas que toman sus pacientes; si Pauling no sabe esto, uno se pregunta si sabe algo de lo que está pasando en la psiquiatría[52].

He comentado sobre la psiquiatría ortomolecular en algún detalle, primero, a causa de la eminencia excepcional de su principal teórico, Linus Pauling; segundo, porque aunque Pauling y sus seguidores pretendan que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro, insisten sin embargo, en llamarlas enfermedades mentales; y tercero, porque a pesar de la fama de Pauling como un luchador de la libertad civil, no hay, en sus 697 páginas de *Psiquiatría ortomolecular*, ni una sola referencia al status legal de los esquizofrénicos u otros pacientes mentales, ni a las intervenciones psiquiátricas involuntarias, ni a cualquier otro aspecto de los derechos civiles en el diagnóstico psiquiátrico, en la hospitalización, y en el tratamiento.

Mucho antes de que Pauling diera el prestigio de su nombre a sus esfuerzos, dos psiquiatras, Abram Hoffer y Humphry Osmond, habían pretendido que podían curar la esquizofrenia con vitaminas y, lo que es bastante curioso, por medio de una organización de autoayuda llamada Esquizofrénicos Anónimos Internacionales. Hoffer y Osmond lanzaron sus teorías sobre la esquizofrenia en un folleto titulado *Lo que usted debería saber sobre la esquizofrenia*, editado por la Fundación Americana para la Esquizofrenia, que es una corporación no lucrativa que ellos "poseen". En los reconocimientos del folleto se nos dice que "este folleto fue hecho por un esquizofrénico recuperado con asistencia del Dr. Abram Hoffer, director de Investigación Psiquiátrica del Hospital de la Universidad de Saskatoon, en Canadá, y del Dr. Humphry Osmond, director del Departamento de Investigaciones sobre Neurología y Psiquiatría de Princeton, N. J."[53]. De acuerdo con Hoffer y Osmond:

> La esquizofrenia no es una manera de vida. No es un crimen. No favorece a los artistas o a los intelectuales… No está causada por demonios o madres difíciles o padres tiránicos u homosexualidad latente o tensión… La esquizofrenia es una *enfermedad* física, del mismo modo que son enfermedades físicas la pelagra, la diabetes y el retardo mental.

> Y es una enfermedad que es la misma en cualquier parte del mundo[54].

¿Cómo saben esto Hoffer y Osmond? La ciencia se los dice:

> Una gran cantidad de evidencia científica se ha reunido recientemente e indica que el esquizofrénico es una víctima de un "error metabólico" en la química de su cuerpo. Este defecto, probablemente heredado, causa la producción de una sustancia venenosa que afecta su cerebro y crea perturbaciones considerables en la percepción y cambios radicales en el pensamiento, la personalidad y el comportamiento[55].

La página 14 del folleto ofrece información muy interesante; incluye una lista de 14 "señales preventivas de que un episodio esquizofrénico se avecina", y las primeras cuatro son: "1. Insomnio. 2. Dolores de cabeza. 3. Un cambio en el color de la piel hacia un tinte más oscuro. 4. Un ofensivo olor corporal siempre presente"[56]. También incluye amonestaciones como, "en todo tiempo usted debe confiar en el juicio de su médico y seguir sus instrucciones con fidelidad"[57]. No hay mención de los efectos terapéuticos de las varias marcas de perfume sobre el ofensivo olor corporal de los esquizofrénicos, ni de las consecuencias sociales de desodorizarlos a través del confinamiento.

Además de las vitaminas, Hoffer y Osmond también confían para su terapia en la Sociedad de Esquizofrénicos Anónimos Internacionales, que ellos mismos fundaron. De acuerdo con un artículo en la revista *El observador nacional*:

> A cualquier individuo que haya sido diagnosticado como un esquizofrénico por un especialista de salud mental se le invita a participar. Los miembros recitan los doce puntos principales del plan de "esperanza permanente", que incluye una profesión de fe en Dios y la promesa de seguir tomando la medicina prescrita[58].

Las reglas de los Esquizofrénicos Anónimos Internacionales, tal y como se estipulan en el folleto de la propia organización, exige que sus miembros declaren:

> Vinimos porque creemos que un poder mayor que nosotros nos puede devolver la salud mental.
> Tomamos la decisión de poner nuestras vidas y nuestra voluntad al cuidado de Dios, tal y como lo comprendemos a El…
> Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro

> contacto consciente con Dios… rezando sólo para conocer su voluntad para con nosotros, y por la fuerza para llevar eso a cabo[59].

Sería difícil superar las pretensiones de Hoffer y Osmond por tan arrogantes. La esquizofrenia, ellos insisten, es una enfermedad física lo mismo que la pelagra y la diabetes (los ejemplos son de ellos mismos). Sin embargo, han recomendado que las personas afligidas por ella "pongan [su] voluntad y [su] vida en las manos de Dios" —y de Esquizofrénicos Internacionales. Si esto no es pura charlatanería, sería difícil saber lo que es. Respecto a esto, es especialmente gracioso contemplar el apoyo incalificado de Linus Pauling, el científico ateo, a esta forma de religión subvencionada por el Estado.

Muchos psiquiatras contemporáneos reconocen, y saben, que la referencia hacia la cual está abocado el término *esquizofrenia* es incierta y variable. Sin embargo, esto no hace tambalear su fe ni en la realidad de la esquizofrenia como una "enfermedad", ni en la legitimidad médica y moral del término como un "diagnóstico". Las siguientes citas de los editores del *Boletín de esquizofrenia* del Instituto Nacional de Salud Mental, son típicos de esta hipocresía —es decir, de admitir la debilidad de un término de diagnóstico psiquiátrico particular sólo para justificar mejor su uso continuo en el control de las desviaciones:

> Lo que es o no es la esquizofrenia ha sido el tema de acaloradas discusiones si no ilustrativas, desde que el término fue acuñado por Bleuler en 1911. El hecho de que esta categoría de diagnóstico haya sido aceptada a través del mundo y utilizada, incluso en ausencia de una definición aceptada en forma unánime, es sorprendente. Las maneras en que el término "esquizofrenia" ha sido aplicado varían ampliamente, y han sido afectadas por factores no específicos (por ejemplo, no relacionados con el paciente), como la base teórica de quien diagnostica y su entrenamiento; la naturaleza de la relación establecida en la entrevista diagnóstica, y el contexto en el cual se realiza la entrevista (es decir, el hospital o la clínica)… Y entonces, por supuesto, existe el problema más difícil de todos —no es posible dar validez al diagnóstico de la esquizofrenia. No hay ninguna prueba que pueda confirmar independientemente que el individuo así designado sea, de hecho, un esquizofrénico[60].

Lo que estos observadores señalan, por supuesto, siempre ha sido conocido. El diagnóstico de la esquizofrenia no puede ser válido como tampoco lo es el “diagnóstico” de “antiamericanismo” —por la sencilla razón de que ninguno de los dos es un diagnóstico médico. Es en extremo engañoso llamar a las observaciones anteriores “el problema más difícil” respecto de la esquizofrenia: no son “problemas” para nada, son simples observaciones que en sí mismas ayudan a resolver el llamado problema de la esquizofrenia, sugiriendo firmemente que la “esquizofrenia” nunca ha existido, no existe, y lo que es probable nunca será de buena fe un término médico de diagnóstico.

Sin embargo, nada de esta evidencia evita que el editor del *Boletín de esquizofrenia* contemple a la esquizofrenia como una enfermedad médica. Ni tampoco impide a los que lanzaron las megavitaminas, el tratar a los “esquizofrénicos” como si sus enfermedades fueran, en principio, nada diferentes de la diabetes[61].

Esto no es sorprendente. El diagnóstico de la esquizofrenia nunca se hijo con miras a ayudar al “paciente”. ¿Por qué deberíamos esperar que le ayudara ahora? Pero el diagnóstico ayudó a Bleuler —lo hizo famoso. Y ayuda a los psiquiatras contemporáneos a esconder su trato coercitivo bajo el nombre de “tratamiento”.

Quiero añadir aquí una breve observación de las relaciones entre el conocimiento científico sobre la naturaleza de la enfermedad y las pretensiones médicas sobre su tratamiento. A través de la larga historia de la medicina, mientras más incierta ha sido la naturaleza de una enfermedad, ha habido tratamientos más numerosos para ella. En la actualidad, seguramente no hay “enfermedad” a lo que esto sea más aplicable que la esquizofrenia. No hay un acuerdo sobre lo que es la esquizofrenia, o sobre quién es, o no es, un esquizofrénico. Y si la fenomenología de la esquizofrenia está escondida detrás de unas ventanas opacas, su etiología yace enterrada en la completa oscuridad. Nada de esto evita que los médicos y los científicos médicos descubran continuamente curas para ella. La más reciente entre estas curas es el ayuno, nombrado con propiedad ¡“abstinencia total de comida”! En un artículo pretencioso titulado “Ayuno: una vieja cura para la gordura; un

nuevo tratamiento para la esquizofrenia", se nos dice que:

> A pesar de sus peligros, unos cuantos médicos han empezado a utilizar el ayuno como tratamiento para la esquizofrenia. El desorden crónico mental —con una constelación de posibles síntomas mentales, desde las alucinaciones a la apatía y la paranoia— aflige a más de dos millones de americanos y le cuesta al país más de catorce billones de dólares al año[62].

Habiendo así "identificado" la pretendida enfermedad, el lector es colocado en el marco mental apropiadamente receptivo para apreciar los esfuerzos generosos de los hombres sabios en batas blancas que tratan de salvar la salud de "más de dos millones de americanos", sin mencionar los catorce billones de dólares. El autor de este artículo, Steve Berman, no tiene dudas de que la esquizofrenia sea una enfermedad. Después de todo, ya hemos adelantado un "paso" en su tratamiento. Todo lo que necesitamos ahora es otro:

> No ha habido pasos mayores en la batalla contra la enfermedad desde que un cirujano de la Marina francesa introdujo las fenotiazinas en 1951. Nadie sabe todavía si el ayuno será un paso comparable. Un limitado número de pruebas promete bastante[63].

Si no fuera que la explotación de la miseria humana por estos modernos comerciantes de la serpiente-petróleo es tan trágica, la escena que se desarrolla ante nosotros con respecto al tratamiento de la "esquizofrenia", sería jocosa. Los psiquiatras no saben lo que es la esquizofrenia, y no saben cómo diagnosticarla. Al mismo tiempo, un grupo de psiquiatras pretende ser capaz de curarla recetando a los "pacientes" grandes dosis de vitaminas, mientras que otro grupo recomienda no darles nada de comer. Es difícil creer que ambas teorías puedan tener la razón, y sin embargo, es fácil ver que ambas pueden ser falsas.

Entre aquéllos que abogan por matar de hambre a los esquizofrénicos están, y no es sorprendente, los psiquiatras rusos, ahora reconocidos ampliamente como los primeros en el diagnóstico de esta enfermedad tan temida:

> Otros experimentos con la abstinencia total de comida [sic] se han llevado a cabo en el prestigioso Instituto Psiquiátrico de Moscú. Allí, el

> profesor Uri Nikolayev, fue el primero en probar el ayuno como una cura potencial para la esquizofrenia… Ha visto un 65% de mejoría entre más de 7.000 pacientes[64].

Los Sionistas son llamados “esquizofrénicos”; el padecer de hambre es llamado “abstinencia total de comida”; mejor nos reímos, si no, lloramos.

Sin inmutarse por todos los maravillosos tratamientos “médicos” para la esquizofrenia, aquéllos que creen que la esquizofrenia es un “desorden psicológico” continúan ofreciendo sus tratamientos “psicodinámicos” para ella. En un artículo, Arieti nombra las contribuciones de once prominentes psicoterapeutas en el tratamiento de la esquizofrenia. Entonces hace un resumen de su propia “técnica” que pretende:

> Restablecer el vínculo de la relación humana con el paciente, atacar los síntomas psicóticos con técnicas específicas, entender la historia psicodinámica, especialmente en lo que se refiere a las relaciones mal interpretadas con la familia, y ayudar al paciente a crear patrones de vida nuevos, y no psicóticos. Por lo tanto, aunque la psicoterapia de la esquizofrenia retiene la técnica interpretativa y el descubrimiento de lo reprimido, tal y como ocurría en la terapia psicoanalítica original, se extiende en muchas direcciones. Es tan nutritiva como interpretativa… Aunque al principio el terapeuta asume un papel de padre, poco a poco se convierte en el igual del paciente[65].

Aunque este párrafo refleja con fidelidad la decencia fundamental de su autor, no puede decirse que contenga alguna información real sobre lo que el terapeuta y el paciente pueden, y no pueden hacer, uno con el otro, en una situación terapéutica, o fuera de ella. De hecho, lo que hace un terapeuta, a cuyo trabajo pionero se refiere Arieti, por lo menos con algunos de sus pacientes esquizofrénicos, lo sabemos por los datos tomados de un proceso por malpraxis que se llevó a cabo contra él. A fines de los años cuarenta y a principios de los cincuenta, John Rosen, se proclamó a sí mismo como poseedor de una nueva y milagrosa cura psicoterapéutica para la esquizofrenia a la que llamó “análisis directo”. Como veremos, un ingrediente del análisis directo es el asalto directo —el terapeuta pega al paciente y lo llama

“tratamiento”.

La paciente, Alice Hammer, adulta aunque legalmente incompetente, fue puesta bajo el cuidado de Rosen por sus padres. Los siguientes son extractos de los archivos del proceso judicial por malpraxis llevado a cabo por los padres de Alice Hammer contra Rosen:

> Llegó al conocimiento de la familia de los padres que el acusado pretendía tener un dramático éxito en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos. Se buscó al acusado, se le pidió que tratara a la paciente, y aceptó. La enfermera, H. Louise Wong, quien atendió a la paciente por doce días en septiembre de 1948, testificó que en dos ocasiones llevó a la paciente con el acusado para el tratamiento… Después de acabar el tratamiento en la primera ocasión, la enfermera Wong observó que el cuerpo de la paciente estaba cubierto de moretones, y que su ropa estaba rota y desarreglada… Aparte del testimonio de la enfermera Wong, se presentó amplia evidencia de los asaltos por parte del acusado contra la paciente en varias ocasiones en el curso de sus tratamientos. La Sra. Hammer testificó que después de los tratamientos ella observaba que su hija había sido “golpeada” y tenía “ojos morados”; que su hija volvía de los tratamientos “toda amoratada”. La Sra. Hammer también testificó sobre las conversaciones sostenidas con el acusado, en las cuales él afirmaba que los asaltos de los que se quejaban, eran parte del tratamiento[66].

En su defensa, el Dr. Rosen arguyó:

> Que el tratamiento era conocido y aceptado libremente, por razón del hecho de que la madre de la paciente testificó que, si los golpes eran su medio de cura, accedía al tratamiento[67].

La Corte de Apelación no se impresionó[68]. El pegar a los enfermos mentales por supuesto no había sido inventado por John Rosen, y su innovación se había limitado a hacerlo relativamente a la luz del día, dentro de su oficina privada en vez de hacerlo tras las puertas cerradas de un hospital mental.

En la actualidad ya no oímos hablar mucho del análisis directo. Ha sido reemplazado por otros tratamientos revolucionarios para la esquizofrenia, como los siguientes, de reciente anuncio en las páginas del *Boletín de Esquizofrenia*, una publicación del Instituto Nacional de Salud Mental. En conjunto con los golpes y las

megavitaminas, se nos muestra tan claramente cómo es posible que la esquizofrenia no es un síndrome psiquiátrico, sino un escándalo científico. El autor, Antonio Parras, profesor asistente de Psiquiatría en el Colegio Médico de Nueva York, explica que:

> El propósito de la Sala es proporcionar un ambiente relativamente confiable y promover el crecimiento… El programa de la Sala se mantenía en el centro de Salud Mental Comunitario Maimónides, en octubre de 1971. Los pacientes fueron informados que podían venir los martes por la tarde a que se les renovaran sus recetas. También se mencionaba que la Sala era una reunión informal en la que podían, si lo deseaban, encontrarse con otros pacientes y el personal. A los pacientes se les dijo que se sintieran libres para utilizar las comodidades que brindaba la Sala, que incluían alberca, juegos de cartas, artesanías, música y colaciones… Este reporte preliminar indica que la Sala puede ser beneficiosa para los esquizofrénicos crónicos… Esta filosofía del tratamiento puede ser aplicada al departamento de pacientes crónicos de un hospital… Puede ser una fuente inmensa de material para los estudios sobre la esquizofrenia[69].

Más bien programas y reportes como éste, serán una inmensa fuente de material para los estudios sobre los escándalos científicos que los psiquiatras modernos han sido capaces de crear —publicando sus fábulas y falsedades en revistas científicas y médicas prestigiosas, confundiendo salón con Sala, y promoviendo esta metáfora médica literalizada, bajo el signo del Instituto de Salud Mental Nacional, como un “tratamiento” para la “esquizofrenia”[70].

Es una pequeña maravilla que todos estén ahora convencidos de que la esquizofrenia es una enfermedad. La paresia es una enfermedad sólo por una razón: porque el paciente parético sufre de una anormalidad demostrable en su cerebro. La esquizofrenia es una enfermedad por muchas razones: porque el paciente esquizofrénico sufre de una anormalidad en su cerebro que la ciencia médica está a punto de demostrar; porque sufre y hace que otros sufran; porque es confinado en un hospital mental; porque recibe tratamiento psiquiátrico; y porque su enfermedad es cara. Este último criterio —el más nuevo, y quizá el más característico de Norteamérica, añadido al criterio de la esquizofrenia— es sin duda el más imaginativo y el más jocoso.

La forma típica de este método para afirmar que la esquizofrenia es una enfermedad —o mejor dicho, para implicar que es una enfermedad tan obvia que discutir más tarde sobre esta cuestión parecería imbécil— es documentar el costo, cuidadosamente calculado, de la "enfermedad" y su "tratamiento". Tal esfuerzo se ejemplifica en un escrito de John Gunderson y Loren Mosher. Mosher es, apropiadamente, el jefe del Centro para Estudios sobre la Esquizofrenia en el Instituto Nacional de Salud Mental. Como psiquiatra moderno "dinámico", y un devoto de Laing, Mosher no conoce bien la medicina. Pero como burócrata federal, conoce con seguridad el dinero. Por lo tanto, él y Gunderson escriben:

> El costo de la esquizofrenia ha sido calculado en 11.6 a 19.5 billones de dólares anuales. Aproximadamente dos tercios de este costo, se deben a la falta de productividad de los pacientes esquizofrénicos, y aproximadamente un quinto, al costo del tratamiento. Estas cifras podrían ser incrementadas de modo considerable si se pudiera calcular el costo del mantenimiento de los pacientes en la comunidad[71].

Esto es pura retórica. El discutir la "falta de productividad" y el "tratamiento" de los "esquizofrénicos" como si fuera discutir la falta de productividad y el tratamiento de pacientes con ataques cardiacos, Gunderson y Mosher lo plantean como si la esquizofrenia fuera, de hecho, una enfermedad. De hecho, mucha gente es "improductiva" —en el sentido de que producen menos que otros en circunstancias comparables, o menos de lo que podrían si se esforzaran más, o porque son perezosos, o están mantenidos por otros— por razones que no tienen nada que ver con la enfermedad y la salud. Por ejemplo, los niños y los estudiantes de universidad, los ricos y los retirados, todos son "improductivos". Sin embargo, a ninguno de ellos comparan con los esquizofrénicos los psiquiatras que escriben sobre el costo de la esquizofrenia. Esta es la manera en que los psiquiatras llegan a componer una inflada hoja de balance de grandes costos atribuidos únicamente a la "esquizofrenia". El siguiente extracto ilustra este efecto retórico y, seguramente, su correspondiente impacto político:

> En 1968, el costo estimativo de todas las enfermedades mentales estaba calculado en 21 billones de dólares, de los cuales 17 billones eran atribuidos a la pérdida de productividad… Los pacientes esquizofrénicos

> sin duda contribuyen a una desproporcionada gran parte de este cálculo… Parece seguro calcular que los esquizofrénicos que viven en la comunidad son responsables del 50% de las pérdidas de productividad cada año, o sea, de siete y medio billones de dólares en 1968[72].

Los autores hacen notar entonces, a los esquizofrénicos desempleados, implicando que algunas personas están desempleadas porque no pueden encontrar trabajo, y otras porque están afligidas de la enfermedad llamada "esquizofrenia". Al implicar esta distinción en vez de explicarla, esconden la pretensión de que la esquizofrenia es una enfermedad, y por lo tanto la hacen inaccesible al escrutinio. "Tomando un preponderante 2 a 3 por ciento para la esquizofrenia", escriben, "el 75% de todos los esquizofrénicos que están desempleados contribuyen, con 3 a 4 millones al total de los desempleados"[73].

Irónicamente, Gunderson y Mosher reconocen que, aunque en el pasado la rama para estudiar e influenciar la paresia puede haber sido el laboratorio de neuropatología y el instituto de investigaciones quimicoterapéuticas ahora es el Congreso y la Casa de Moneda de los Estados Unidos. Para llegar a esta conclusión, aunque no es la conclusión a la que *ellos* dicen que llegan —los autores citan con aprobación sin límites al patrón de Mosher, Bertram S. Brown, el director del Instituto Nacional de Salud Mental. De acuerdo con Brown, "el futuro de la salud mental y el retardo mental, está en el área de la economía, los impuestos y las finanzas"[74]. Si esto es así, ¿por qué se les enseña a los psiquiatras residentes a Bleuler y a Freud en vez de a Marx y a von Mises? Porque lo que Gunderson y Mosher quieren decir, no es que la psiquiatría debería saber más sobre la economía, sino que ellos deberían ser más adictos a robar del tesoro nacional:

> Necesitamos demostrar que cuesta más el no tratar a alguien, que el cuidarlo. Si al doblar el costo del tratamiento se hace posible reducir a la mitad la pérdida de la productividad, se ahorrarán cerca de dos billones de dólares por año[75].

Aquí entonces, estamos frente a frente con las inexorables consecuencias de la psiquiatría como un apostolado apoyado por el Estado y de su perspectiva colectivista-positivista, del tratamiento de las personas como objetos defectuosos. Las razones y las

justificaciones tradicionales para el tratamiento en la medicina han sido, primero, que el paciente tiene una enfermedad; segundo, que quiere y consiente a tratarse por ella; y tercero, que el médico está de acuerdo en tratarlo. Gunderson y Mosher añaden, entonces a esta lista, una cuarta justificación para el tratamiento —una, además, que ha sido durante mucho tiempo la justificación terapéutica favorita entre los marxistas, los comunistas y los nacionalsocialistas: es decir, que el tratar al paciente forma parte de los principales intereses económicos de la sociedad. Es importante articular el corolario de esta regla: que el tratamiento debería ser inaccesible, o quizá incluso prohibido, si no forma parte de los principales intereses económicos de la sociedad. El deseo del paciente y su consentimiento para el tratamiento; y la libertad del médico para tratar, o para rechazar el tratamiento son todas, por supuesto, cuestiones potenciales —y, en la llamada rama de la salud mental, de hecho— están en desventaja con el principio económico-terapéutico enunciado por Gunderson y Mosher. Esto no es muy sorprendente. El principio que ellos proponen es en el beneficio de los burócratas, cuyos puntos de vista representan Brown y Mosher, es decir, los policías-psiquiatras empleados por el Estado. Después de todo, son ellos, y no los pacientes, quienes reciben los fondos que están en debate.

Algo de esto, por supuesto, siempre ha sido verdad, pero se le ha añadido una nueva sutileza en la psiquiatría colectivista-coercitiva moderna. Lo que siempre ha sido verdad, es que los pacientes recibían el tratamiento y los doctores el dinero. Pero tradicionalmente, los pacientes querían el tratamiento y pagaban a los doctores. En el nuevo arreglo, los “pacientes” reciben “tratamientos” que no quieren, y el Estado paga a los psiquiatras por forzar, confinar, y mutilar químicamente a sus ciudadanos recalcitrantes.

Al principio de este capítulo enfaticé que el fenómeno principal de la psiquiatría de hospital es, y siempre ha sido, la desviación social, o el ser una molestia para los otros y su control o represión por medio de la encarcelación psiquiátrica; y que la noción de la esquizofrenia fue sobreimpuesta en esta psiquiatría, y no puede examinarse aislada de ella.

Aunque he hecho algunas referencias a la psiquiatría soviética, la mayoría de lo que he dicho hasta ahora ha sido sobre la psiquiatría en las llamadas sociedades libres. Apliquemos ahora estas observaciones y reflexiones a la psiquiatría en las llamadas sociedades totalitarias. En tales sociedades, las relaciones entre el psiquiatra y el paciente mental son tan paternalistas y coercitivistas, que considero que es engañoso incluso referirse a ellas en términos de "doctor" y "paciente". En la Unión Soviética los pacientes, especialmente los pacientes mentales, son más bien como prisioneros bajo promesa de honor, que ciudadanos libres contratando un servicio médico; y los médicos, especialmente los psiquiatras, son más bien como oficiales controlando la promesa de honor, que médicos proporcionando servicios médicos. El resultado es que los problemas sociales y personales de todo tipo, y en especial las desviaciones políticas, son definidas y tratadas como enfermedades psiquiátricas todavía más a menudo en la Unión Soviética que en los Estados Unidos o el Reino Unido.

J. K. Wing, un psiquiatra británico que ha visitado la Unión Soviética en cuatro ocasiones, refiere algunas de las diferencias entre la psiquiatría rusa y la británica de la siguiente manera:

> El sistema de diagnóstico utilizado por muchos psiquiatras soviéticos es diferente del que está incorporado a la Clasificación Internacional de Enfermedades. En particular, el término "esquizofrenia" se utiliza para describir condiciones que los psiquiatras británicos clasificarían de otras maneras. La diferencia clínica explica en parte el concepto diferente de "responsabilidad criminal", pero otro gran componente de esta diferencia es político y no médico[76].

Ningún médico, en ninguna parte, reconocería que hay razones políticas para diagnosticar la neumonía lobular o el infarto al miocardio de una manera diferente en los países capitalistas, y en los países comunistas. Aunque los psiquiatras americanos y británicos están ahora empezando a reconocer que hay razones políticas para diagnosticar la esquizofrenia de manera diferente en sus países y en Rusia, continúan insistiendo en que la esquizofrenia es, sin embargo, una enfermedad del mismo tipo que la neumonía lobular y el infarto al miocardio. A causa de que algunos psiquiatras rusos utilizan "mal" los nombres de ciertas enfermedades psiquiátricas, estos psiquiatras occidentales argumentan que no hay

razón para dudar de la validez del diagnóstico cuando está "correctamente" aplicado, o de la "realidad" de la enfermedad que nombra. Wing, de hecho, describe la manera en que se utiliza en Rusia el término *esquizofrenia* para justificar el control de los disidentes, pero esto no parece afectar su aceptación de la etiqueta como el nombre de buena fe: de una enfermedad médica:

> Como hemos visto hasta ahora, el concepto de la enfermedad mental, particularmente el de la esquizofrenia, es mucho más amplio [en la Unión Soviética] que en el Reino Unido, e incluye muchos de los que llamamos desórdenes de la personalidad. Ninguna de estas personas, cuyos casos clínicos he oído, sufría de esquizofrenia en el mismo sentido del figurado síndrome central reconocido por los psiquiatras en todas partes. Hay dos grupos principales: uno compuesto de personas que habían sido admitidas [sic] en los hospitales mentales mucho antes de haber sido disidentes políticos (aunque no por lo que yo llamaría "esquizofrenia"); y el otro compuesto de personas que han desarrollado teorías complejas económicas y sociales y las han lanzado como teorías alternativas al marxismo ortodoxo actual… La mayoría de los psiquiatras británicos probablemente no harían un diagnóstico de la esquizofrenia (o de ninguna clase de enfermedad mental) en tales casos[77].

Obviamente, la distinción entre la hospitalización voluntaria y la involuntaria, no tiene sentido en Rusia. Todos los pacientes mentales son, de hecho, como prisioneros o como prisioneros con promesa de honor: ninguno es, o se siente, libre para decidir si debiera ser tratado en un hospital o una clínica, o no debiera ser tratado para nada. Aunque Wing parece ser más bien insensible acerca de la cuestión de los derechos humanos en la psiquiatría, hace notar que, mientras que en el papel hay una diferencia entre los pacientes mentales confinados y los voluntarios, es una diferencia que no se demuestra en la práctica:

> Traté de descubrir si un paciente que no tiene certificado está libre para dejar el hospital "contra el consejo de sus médicos" pero parece muy difícil para mis informantes el visualizar un caso parecido. Después de mucho preguntar, finalmente me dijeron que sería posible en principio, pero que no recordaban que hubiera sucedido[78].

No parece ocurrírsele a Wing que en un país donde la gente no

puede ni siquiera cambiarse de una ciudad a otra sin permiso de las autoridades, tampoco se le ocurriría tratar de dejar los hospitales mentales "sin el permiso de sus médicos"[79]. No parecen pensar los psiquiatras —o los biólogos, químicos y genetistas que basan su trabajo en los diagnósticos psiquiátricos— que la "esquizofrenia" tiene más que ver con la libertad y la esclavitud que con la salud y la enfermedad, más con la semiología que con la biología, más, en pocas palabras, con la política que con la genética.

Para colocar mis teorías anteriores de la esquizofrenia sobre una perspectiva apropiada, se hace ahora necesario, primero, el plantear y confrontar algunas cuestiones básicas, éticas y políticas; y segundo, el revisar brevemente nuestras ideas tradicionales sobre la enfermedad, nuestros métodos tradicionales para identificarla, y las metamorfosis de estas ideas y métodos en la psiquiatría moderna.

Creo que hay algunas cuestiones básicas, éticas y políticas, que son anteriores —moral, lógica y empíricamente— a la clase de cuestiones en las que a los psiquiatras les gusta sumergirse sin observar las decencias preliminares que deberían observar. Las cuestiones son éstas: ¿deberían los psiquiatras (u otros médicos) tener el derecho de diagnosticar a una persona como esquizofrénica, si tal persona, el pretendido "paciente", no busca ayuda psiquiátrica? ¿Deberían tener el derecho de hacerlo si el "paciente" objeta explícitamente el ser diagnosticado?

Creo que estas cuestiones son interesantes, porque, a pesar de su aparente simplicidad, parece que nunca han sido realizadas en la psiquiatría. La historia completa de la psiquiatría parece estar basada sobre la premisa —inexplícita, y sin embargo muy importante—, de que los psiquiatras tienen el derecho de "diagnosticar" a cualquiera, en cualquier lugar, vivo o muerto, aunque él o ella lo quieran o no. Considero esta premisa, a la vez ridicula y repelente. Creo que debemos repudiarla tan rápida y radicalmente como podamos, lo mismo por nuestro bien como curadores, médicos y científicos, como por el bien de nuestros clientes involuntarios como víctimas, pacientes y seres humanos.

Quiero llamar la atención aquí sobre un asunto muy sencillo, pero muy importante que llega al corazón, si no es que a la mente, de cualquiera que ha sido alguna vez un doliente o un curador; en

pocas palabras, de cada uno de nosotros. Ese asunto es el grado en que nuestra mente es inviolablemente nuestra.

En todas las sociedades —las libres y las no libres— hay una esfera de privada individual que las autoridades, el Estado, no violan (excepto bajo circunstancias excepcionales). Por lo tanto, ciertas posesiones personales íntimas, como calcetines y pipas, libros y fotos, por lo general son reconocidas como posesiones muy propias de una persona, lo que quiere decir que puede ordenarías y nombrarlas como quiera. Pero hay otras cosas, menos tangibles y sin embargo no menos reales, que la gente también contempla como posesiones personales íntimas, como son sus sueños, sus opiniones y sus nombres. De hecho, la privada de estas atesoradas posesiones no materiales está protegida, en la actualidad, generalmente menos bien que la privada de tan triviales posesiones materiales como he mencionado antes. Es una paradoja sorprendente e inapreciadamente notable, que un psiquiatra no pueda ir, sin una invitación, a la casa de un hombre y ponerle otro nombre a su perro, y sin embargo, pueda ir a su casa sin invitación y ponerle otro nombre a él. Esta es una de las maneras en las que John Doe se convierte en un "paciente esquizofrénico".

Por lo tanto, nos debemos preguntar algunas cuestiones difíciles: ¿qué es más precioso para nosotros: la privaría de nuestras relaciones con nuestros animales caseros o con nuestros padres? ¿Qué requiere y merece mayor protección de las autoridades (sin tener en cuenta quién es, o cuáles son sus motivos): nuestro derecho a la privaría de nuestro hogar o a la privaría de nuestra mente? ¿Nuestro derecho para nombrar a nuestro perro o para nombrarnos a nosotros mismos? Son preguntas como éstas las que yacen más allá de la cortina semántica de la nosología psiquiátrica, y es esta cortina la que esconde —de los laicos y los profesionales por igual— las equivocaciones epistemológicas y las brutalidades existenciales de la psiquiatría.

Hay, además, una similitud precisa entre la premisa de que los psiquiatras deberían tener el derecho de "diagnosticar" a la gente sin su consentimiento o incluso contra su voluntad, y la premisa de que los psiquiatras deberían tener el derecho de "tratar" a la gente sin su consentimiento e incluso contra su voluntad. No deseo, ni puedo, repetir aquí las objeciones que he hecho contra esta última

práctica[80]. Permítaseme decir solamente, que mientras a los psiquiatras se les garantice en las sociedades libres el privilegio de tratar a las personas adultas contra su voluntad —un privilegio que otros médicos y personas profesionales no tienen— la psiquiatría se asimilará a la jurisprudencia y la materia penal; en pocas palabras, resultará una disciplina para controlar las desviaciones, y no para curar las enfermedades. Ya que esto es, de hecho, lo que ocurre en la actualidad en todo el mundo, me parece absurdo, por no decir más, considerar los actos de desviación que los psiquiatras controlan ahora —y que por supuesto difieren de cultura a cultura y de clase a clase— como enfermedades. Además, mientras que en las sociedades totalitarias no sólo los psiquiatras, sino todos los médicos, tienen el privilegio —sin lugar a dudas, tienen el deber impuesto en ellos—, de "tratar" a las personas contra su voluntad, hay una diferencia entre los puntales morales y políticos de las profesiones médicas y psiquiátricas en las sociedades "libres" y en las totalitarias, que altera de una manera significativa, no sólo sus observaciones empíricas, sino los mismos lenguajes en las que están encuadradas.

Ahora estamos listos para volver al problema epistemológico inarticulado que dejamos pendiente y que yace bajo el problema de la esquizofrenia —es decir, la naturaleza de nuestras ideas médicas tradicionales sobre lo que constituye la enfermedad y nuestros métodos tradicionales para identificarla; la expansión y la transformación de estas ideas y métodos dentro de la psiquiatría moderna, y las consecuencias de estos cambios tal y como se manifiestan por el hecho de que, cuando en la actualidad las personas llaman a una cosa enfermedad, o a alguien enfermo (y especialmente si es enfermo mental), no quieren decir, por necesidad, nada parecido a lo que en un principio quería significar el término, aunque puedan creer o pretender que así es.

Hacia mediados del siglo pasado, como pudimos ver, la enfermedad se definía como histopatología o fisiopatología. Los daños, las infecciones, los desórdenes metabólicos, y los tumores, eran por lo tanto, las clases características de enfermedades. El método científico aceptado para demostrar tales enfermedades consistía, primero, en identificar sus características morfológicas

por medio de la examinación *postmortem*, de los órganos y los tejidos; y segundo, en afirmar, por medio de observaciones y experimentos sistemáticos, de preferencia realizados en animales, sus orígenes o causas. La paresia encaja con este criterio de enfermedad, la esquizofrenia no lo hace —por lo menos, hasta ahora, no lo ha hecho.

Sin embargo, ya que esta conclusión, en lo principal, ha sido inaceptable para los médicos y los laicos por igual, ha habido un esfuerzo concertado desde que Bleuler anunció su "descubrimiento" de la esquizofrenia —y por supuesto, ¡incluso antes de ello!— por cambiar los criterios de lo que constituye la enfermedad y de las reglas de base correspondientes para demostrarla. En el curso de este proceso varios nuevos criterios de enfermedad, y los correspondientes métodos para demostrar su presencia, se han generado. He tocado todos estos puntos, y será suficiente ahora el resumir esta importante metamorfosis de la epistemología médica.

El modelo clásico virchowniano de la enfermedad en un principio fue empleado para incluir la psicopatología. Esto fue realizado por Bleuler, Kraepelin, Freud y sus seguidores. Simultáneamente, o casi simultáneamente, surgió la práctica de inferir la enfermedad del contacto médico o psiquiátrico, o del papel del paciente. Si una persona visitaba a un médico y se quejaba con él, entonces tenía "síntomas" que de inmediato apuntaban la presencia de una enfermedad. Y si la persona era confinada en un hospital mental, entonces inmediatamente sufría una enfermedad mental. La primera inferencia justificaba el tratar a los "pacientes" que no tenían enfermedades demostrables; la última justificaba el encarcelarlos.

Con el desarrollo de métodos terapéuticos más efectivos en los años veintes y treintas, y en especial desde los años cuarentas, se hizo aceptable el inferir la enfermedad de la pretendida respuesta del paciente al tratamiento. A una persona se le podían dar, por lo tanto, antibióticos u hormonas, y si le hacían sentirse mejor entonces su "condición" de pretratamiento era contemplada como una enfermedad. Este criterio y método eran ideales para la psiquiatría, en particular para la psiquiatría institucional, ya que autentificaban las intervenciones del choque de insulina, del electro-shock, de la lobotomía, y de los psicofármacos como

tratamientos, y a la esquizofrenia e inumerables otras “condiciones” como enfermedades.

Finalmente, con la progresiva colectivización de la práctica médica y su costo recayendo en terceras personas, especialmente el Estado, desde los años cincuentas, surgieron el criterio y el método económicos para medir las enfermedades —es decir, su costo en términos de desempleo, subempleo, y los fondos gastados para el cuidado médico. A través de este criterio, la esquizofrenia está calificada como “el problema número uno de la salud” de la nación, y por supuesto, del mundo.

Al finalizar este capítulo quiero articular, en forma más explícita lo que he hecho hasta ahora, cuáles son las justificaciones de tratamiento —especialmente en la psiquiatría— qué objeto, y el por qué, y cuáles son las que apoyo y por qué. Podría hacerlo mejor, y con mayor concisión, si me refiriera a una afirmación psiquiátrica reciente sobre el tratamiento de la esquizofrenia y que ejemplifica muchos de los errores epistemológicos que he señalado hasta ahora.

Hans Huessy, un psiquiatra americano, afirma que:

> Una comprensión de las causas es importante para la prevención, pero no para el tratamiento… Podemos tratar los síntomas agudos de la esquizofrenia por medios médicos a pesar de nuestra falta de conocimiento en lo que se refiere a las causas de este desorden. Las terapias que están justificadas sobre la base de las causas, siempre deberían ser sospechosas; ya que la única justificación válida para la intervención terapéutica es el que produce una mejoría[81].

Esta afirmación —que condensa una increíble cantidad de estupidez, inmoralidad, y sencilla equivocación en sólo tres frases— apareció en una prestigiosa revista psiquiátrica, y refleja con fidelidad una perspectiva de la terapia que es, si no universal, por lo menos prevaleciente. Su autor resta la importancia de las causas, o de la etiología en la terapia. Tal posición es sencillamente errónea. Si la visión de una persona falla por causas de atrofia óptica sifilítica, o porque un tumor presiona su quiasma óptico, es esencial saber cuál de las dos cosas es para seleccionar y sugerir el tratamiento apropiado para ella.

Este autor también afirma que puede tratar “los síntomas agudos

de la esquizofrenia” por medios médicos, queriendo decir drogas, sin saber las causas de la esquizofrenia. Sin embargo, no ha establecido, ni si la esquizofrenia es una enfermedad, ni si el pretendido paciente quiere ser tratado; y ha implicado, equivocadamente, que a causa de que el comportamiento de la gente llamada “esquizofrénica” puede ser cambiado por medio de las drogas, la esquizofrenia es una enfermedad. El que este argumento, popular en la psiquiatría actual, es falso, se demuestra con facilidad afirmando el argumento paralelo: a causa de que el comportamiento de la gente ordinaria, o llamada normal, puede ser cambiado a través del alcohol, que es una droga, la normalidad es una enfermedad y el beber alcohol es un tratamiento.

El pensamiento más obtuso de Huessy, y su depravada moral, yacen, sin embargo, en su afirmación de que “la única justificación válida para la intervención terapéutica es el que produce una mejoría”. Esta es una afirmación francamente ética: es una afirmación de un valor particular (“mejoría”), justificando una clase particular de acto (“la intervención terapéutica”).

De hecho, hay por lo menos tres categorías distintas de hechos que pueden ser utilizadas para justificar la terapia[82]. Primero está el hecho, de que el paciente tiene una enfermedad; bajo este punto de vista, lo que justifica la mastectomía, por ejemplo, es que la paciente tiene un cáncer de pecho. En segundo lugar, está el hecho de que la terapia es efectiva; bajo este punto de vista, lo que justifica la mastectomía es que cura el cáncer. Ambas consideraciones son relevantes para realizar las intervenciones terapéuticas: la primera legitima la terapia en base a la enfermedad del paciente, y la segunda en base a la efectividad de las intervenciones del médico.

¿Qué es lo que falta? Lo moral, y en términos políticos, más relevante —de hecho, desde este punto de vista, lo único verdaderamente relevante— la consideración: es decir, el consentimiento. Desde este punto de vista —ético, legal y político—, lo que justifica la mastectomía es el hecho de que el paciente da su consentimiento estando informado sobre la operación y de que el cirujano está de acuerdo en realizarla. El papel del consentimiento, especialmente para la historia y la epistemología de la psiquiatría, es tan grande en su importancia que es imposible exagerarlo. Uno

podría incluso argumentar —y aunque tal argumento sea incompleto, es, sin embargo, importante— que es el consentimiento, y sólo el consentimiento, el que justifica la cura y el tratamiento (como opuesto al control y a la tortura).

Aunque es un buen punto de apoyo para el pensamiento y la expresión claros el insistir en que no puede haber tratamiento sin enfermedad, es obvio que puede haber intervención médica y quirúrgica sin enfermedad: por ejemplo, en el aborto o la vasectomía. (Seguramente, en la ley norteamericana, el embarazo no deseado es actualmente una enfermedad, pero esta es una aberración lingüística y legal que no justifica el comentarla más aquí). De la misma manera, los médicos y los cirujanos han empleado métodos en el pasado, y continúan empleando métodos actualmente, que no tenían y no tienen valor terapéutico y son incluso dañinos. ¿Era la venisección (el sangrado) una terapia? ¿Es el electro-shock (moderación de la mente) una terapia? Claramente, a menos que estemos preparados a reescribir la historia médica eliminando a nuestro paso lo que no sirve, no podemos definir la terapia a través de su efectividad.

Lo que nos queda entonces es el consentimiento a la terapia. Virtualmente todas las terapias médicas modernas en las sociedades libres, administradas a adultos conscientes, se conforman con el requerimiento del consentimiento. La única excepción es la terapia psiquiátrica. He enfatizado esta dimensión ética y política de la enfermedad y el tratamiento, porque al visualizar las enfermedades y los tratamientos psiquiátricos a través del instrumento magnificador de la moral que nos proporciona esta dimensión, entrevemos una nueva imagen y una nueva definición de la esquizofrenia (y de algunas de las otras llamadas psicosis funcionales mayores). Mirando a través de este microscopio metafórico, podemos distinguir entre varios tratamientos y enfermedades, no de acuerdo a los criterios morfológicos (es decir, anatómicos o histológicos), sino de acuerdo con los criterios morales (y legales, políticos, etc.).

Podemos, por lo tanto, identificar una clase de enfermedades —como el cáncer de pecho o la hipertensión— que los médicos nunca tratan (y en las sociedades libres se les prohíbe tratar) sin el consentimiento explícito del paciente.

Podemos identificar otra clase —como los ataques o los daños que causan inconsciencia— que los médicos tratan sin el consentimiento explícito del paciente porque no puede dar dicho consentimiento, y el permiso en tales casos es dado por los parientes u otras autoridades reconocidas legalmente.

Podemos identificar una tercera clase —como la tuberculosis o la hepatitis— en cuyos casos, aunque se hagan ciertas restricciones sociales al paciente a causa de su enfermedad, a los médicos de las sociedades libres todavía se les prohíbe, por la ley, el tratamiento sin el consentimiento del paciente.

Finalmente, podemos identificar una cuarta clase de "enfermedades" —como la esquizofrenia o la psicosis maniaco-depresiva— que a los médicos se les permite tratar contra la objeción explícita al tratamiento que haga el pretendido paciente. Es precisamente la realidad social de esta clase de "tratamiento", y la necesidad correspondiente de confinar por la fuerza a las personas que se opongan a él, lo que, como indiqué anteriormente, genera la imagen (*espejismo* pudiera ser una palabra mejor) de ciertas enfermedades psiquiátricas o síndromes, en particular la esquizofrenia[83]. Bajo este punto de vista, la esquizofrenia podría decirse que es la enfermedad que justifica la imposición del tratamiento psiquiátrico en el paciente, sin tener en cuenta si él consiente o no, y, por supuesto, sin tener en cuenta si le ayuda o le hace daño[84].

La locura, como sugerí antes, en un sentido es fabricada por los doctores de locos[85]. En otras palabras, la psiquiatría crea la esquizofrenia, o más precisamente, los psiquiatras crean a los esquizofrénicos. Es importante que seamos muy claros sobre el sentido exacto en que lo hacen, y sobre lo que las implicaciones prácticas de este punto de vista representan para nuestra actitud respecto al llamado problema de la esquizofrenia.

El sentido en que yo creo que la psiquiatría crea a la esquizofrenia, está ilustrada por la analogía entre la psiquiatría institucional y la servidumbre involuntaria. Si no hay esclavitud, no puede haber esclavos. En otras palabras, la identidad de un individuo como esclavo depende de la existencia del sistema social de la esclavitud. Por lo tanto, si la esclavitud es abolida, desaparecen los esclavos. Esto no quiere decir que cierta clase de

personas que pueden haber sido esclavos anteriormente, o a quienes quizá les gustaría ser esclavos, desaparezcan también; seguramente seguirá habiendo personas negras o desamparadas, ignorantes o estúpidas, sometidas o perezosas. Pero si no hay esclavitud, ninguna de ellas puede ser un esclavo.

De la misma manera, si no hay psiquiatría, no puede haber esquizofrénicos. En otras palabras, la identidad de un individuo como esquizofrénico depende de la existencia del sistema social de la psiquiatría (institucional). De ahí que, si la psiquiatría es abolida, desaparecen los esquizofrénicos. Esto no quiere decir que cierta clase de personas que pueden haber sido anteriormente esquizofrénicos, o a quienes quizá les gustaría ser esquizofrénicos, desaparezcan también: seguramente seguirá habiendo personas incompetentes, o autoabsorbentes, o quienes rechazan sus "verdaderos" papeles, o quienes ofenden a otros de alguna otra manera. Pero si no hay psiquiatría, ninguna de ellas puede ser esquizofrénica.

Con seguridad, la abolición de la esclavitud sólo libera al esclavo; no lo educa, ni lo hace autosuficiente ni atractivo, ni digno de empleo, ni físicamente sano; sólo lo libera de su amo. De la misma manera, la abolición de la psiquiatría sólo liberaría al esquizofrénico. No lo haría competente, ni autosuficiente, ni atractivo, ni digno de empleo, ni "mentalmente sano". Sólo lo liberaría de su psiquiatra. Por supuesto, sería absurdo buscar el progreso del esclavo dentro del sistema de la esclavitud, y en particular con relación a su amo. De la misma manera, es absurdo buscar el "tratamiento" del esquizofrénico dentro del sistema psiquiátrico, y en particular con relación a su psiquiatra. La "mejoría" de los esclavos y los esquizofrénicos es, con seguridad, una meta deseable. Pero, como todas las metas, si no se persigue de una manera inteligente y apropiada, es mejor no perseguirla para nada.

CAPÍTULO IV

PSIQUIATRÍA Y MATRIMONIO, ARREGLOS PARA VIVIR

Hay muchas razones del por qué la perspectiva médica sobre la esquizofrenia ha resultado tan popular y persistente: está bien fundamentada históricamente en el origen, en la estructura, y en el funcionamiento del hospital mental moderno; está psicológicamente legitimada en el lenguaje de la psiquiatría; es consistente con la predilección contemporánea de contemplar las tragedias de la vida a través de los vidrios coloreados de la enfermedad de la medicina; y proporciona métodos socialmente aceptables para lidiar con ciertos problemas personales, económicos, morales y políticos, que de otra manera, tendría que lidiarse con ellos por medios no probados y poco conocidos. Además, puede todavía haber otra razón para la popularidad y la persistencia del llamado modelo médico de la Esquizofrenia: ningún otro modelo de alcance y poder comparables le ha sido ofrecido[1]. Ni tampoco, tal modelo superior podría haber sido ofrecido. El poder simbólico y social más grande de la. "esquizofrenia" radica con exactitud en que está de modo-inextricable unido a la idea de la enfermedad y a la institución de la medicina. Por lo tanto, un esfuerzo por ofrecer un modelo no médico para la esquizofrenia es tan irrealizable y fútil como lo sería el esfuerzo por ofrecer un modelo no teológico para la eucaristía.

Durante mucho tiempo me ha parecido que la única manera de lidiar con los problemas de la psiquiatría, al parecer insolubles, es por medio del rechazo completo a la perspectiva tradicional cuasi-médica sobre ellos, y en vez de eso visualizarlos como brotados no sencillamente de la llamada cabeza del paciente, su cerebro o su mente, sino más bien de una compleja red de relaciones en la cual

el paciente y el psiquiatra son tan sólo los dos protagonistas más importantes.

La idea de que la esquizofrenia no es nada más un problema de que algo está funcionando mal en el cerebro o en la mente del llamado paciente; que es, todavía en el lenguaje de la psiquiatría contemporánea, no sólo un problema intrapersonal sino también uno interpersonal, o para decirlo con mayor sencillez y precisión, que no es sólo un problema planteado, sino también una solución propuesta en una compleja red de relaciones que comprenden al paciente, a su familia, al psiquiatra, al sistema de hospitales mentales, y a la sociedad como un todo —esta perspectiva existencial, dramatúrgica, y psicosocial de la esquizofrenia ya no es nueva de hecho[2]. Sin embargo, no ha ayudado a aclarar el problema de la esquizofrenia tanto como se esperaba, principalmente, creo yo que porque ha dado pie a nuevas "teorías etiológicas" sobre esta "enfermedad", que todavía se basan y son la réplica del modelo clásico de la enfermedad de la sífilis. En vez del *treponema pallidium* "volviendo loco al paciente", son los "esquizofrenogénicos" madre, padre, familia, religión, sistema económico o sociedad como un todo, los que están ahora en estas nuevas teorías psiquiátricas y antipsiquiátricas, volviendo loco al paciente". La imagen que se proyecta entonces en nuestras pantallas mentales, aunque quizá sea más exacta que la que proyectaba el paradigma de la paresia al que busca desplazar, está todavía completamente fuera de foco; no puede responder por los hechos de la vida psiquiátrica y no nos proporciona una palanca intelectual y moralmente satisfactoria para tratar de lidiar con ellos.

Si tomamos con seriedad aquello de verdad humano, no médico por completo de la perspectiva sobre la llamada esquizofrenia, se deduce que lo que necesitamos no es para nada un modelo del "paciente" —ya sea de su cerebro, su mente o su comportamiento. En vez de eso, lo que necesitamos es un modelo de la situación social o el drama como un todo, en el cual la relación entre el "paciente esquizofrénico" y sus "demás seres significativos" son una parte, y en el cual la "esquizofrenia" se genera de alguna manera. No tenemos que buscar mucho para encontrar tal modelo. Trataré de mostrar que el matrimonio —en particular del tipo tradicional de arreglo— nos proporciona un paradigma poderoso para interpretar

la relación del psiquiatra —paciente. En este esquema contemplaremos al psiquiatra como el marido, al psicótico como a la esposa y a la esquizofrenia como el diagnóstico/niño y/o la incompetencia esquizofrénica/la inferioridad femenina que el paciente/esposa adquiere ante el encierro/matrimonio o después de éste recibe del psiquiatra/marido; trataremos de recordar que, por encima de todo, es la relación psiquiátrica-matrimonial la que define y legitima la condición y el status de cada compañero de la pareja —como el psiquiatra/marido y la paciente/esposa.

Revisemos con brevedad las características principales de la institución del matrimonio en su forma tradicional de matrimonio arreglado, que será nuestro modelo para aclarar la psiquiatría arreglada o institucional.

El matrimonio es un arreglo social universal cuyos patrones precisos varían de manera considerable de lugar a lugar y de tiempo a tiempo. Como una institución, el matrimonio realiza innumerables funciones personales y sociales, que van desde la satisfacción de las necesidades sexuales a la regulación de las relaciones sociales, y a la continuación de la raza[3]. Para nuestros propósitos presentes, será suficiente notar que en la relación matrimonial, así como en la relación psiquiátrica, hay tres fases distintas: la iniciación de la relación; el estado "crónico" de la relación; y la terminación de la relación. Para los matrimonios arreglados, las fases de iniciación y de terminación son sorprendentemente similares entre culturas bastante distintas. Esto es consistente con el hecho de que la iniciación de la relación —mientras sea "arreglada" *para*, en vez de *por*, el marido y la esposa en perspectiva— por lo normal forman una parte integral de un sistema de parentesco patriarcal. En tal sistema, el matrimonio es una transacción, no tanto entre las dos (pretendidas) partes, sino más bien entre sus respectivos jefes, clanes, o familias. Además, en el matrimonio precristiano, la terminación, lo mismo que la iniciación, eran también con frecuencia, un convenio entre los jefes de los clanes en cuestión: "Mientras la ley (judía) se mantuvo en tiempos de Jesús, un matrimonio podía ser terminado en cualquier momento arbitrariamente por el marido, mientras que no existía ningún poder correspondiente para la esposa"[4].

El curso subsecuente del matrimonio occidental, se formó primero, a partir de la religión cristiana, y segundo, a partir de la economía del feudalismo. El matrimonio se convirtió en uno de los sacramentos sagrados en el siglo IV, y fue declarado indisoluble cerca del siglo IX. Había sido, por lo tanto, una institución sagrada o santa durante un milenio y medio cuando, después de la Revolución francesa, fue rápidamente secularizado. Durante el siglo XIX, el matrimonio civil se hizo obligatorio por la ley a través de la mayor parte de Europa. En la actualidad sólo en Grecia, Israel (sólo para los judíos) y la ciudad del Vaticano, es obligatoria una ceremonia religiosa de matrimonio[5].

Aunque entre las clases más educadas de Europa, América, Rusia, y cada vez más en Japón predomina ahora el modelo romántico del matrimonio, en el que los compañeros se escogen a sí mismos, la mayoría de los matrimonios a través del mundo todavía son arreglados, y los compañeros son asignados uno al otro. En África, en el sureste de Europa, y en el cercano Oriente y en el Oriente, los matrimonios arreglados siguen siendo la regla. Los intermediarios o celestinas son normalmente personas de edad y respetadas, que pueden o no ser parientes, y a las que se puede o no, pagar por sus servicios. En tales matrimonios, escribe Judson Taylor Landis: “desde las primeras preguntas del intermediario hasta los arreglos finales, las consideraciones económicas van por delante”[6].

En cualquier parte en donde fue institucionalizado el matrimonio arreglado, estaba atado íntimamente a la familia patriarcal como un sistema religioso-político de control social y a sus patrones económicos característicos para reglamentar la adquisición, la distribución, y la herencia de bienes y servicios. De ahí que, en el lugar donde el apoyo para estos arreglos se retira o destruye, como ha ocurrido en las sociedades industriales del occidente y en las sociedades comunistas del este, los matrimonios arreglados son rápidamente reemplazados por matrimonios en los cuales los compañeros se escogen a sí mismos. “El comunismo”, escribe Landis, “teóricamente elimina la base económica del matrimonio y de los arreglos de parejas… los países que han adoptado el comunismo han desterrado los fundamentos de los matrimonios arreglados y los han sustituido por matrimonios de

individuos que escogen libremente a sus compañeros”[7]. En donde la elección matrimonial está legitimada como una decisión individual, la elección de divorciarse con similar facilidad debe seguirla forzosamente.

La organización social, o el arreglo ordenado de personas en grupos, requiere que los individuos sean asignados a espacios identificados con claridad, ambos físicos y simbólicos. Una de las principales funciones del matrimonio como institución social es localizar a las personas en el espacio físico conocido como el hogar, y en los espacios simbólicos, conocidos como los papeles de marido, esposa, hijo, etc. Es en este espacio 1a función de asignar papeles en el que el matrimonio y la psiquiatría institucional se parecen uno a la otra de forma tan crucial.

El punto de vista de que el matrimonio es, por lo menos en parte, una cuestión de habitación, aunque es bastante obvio, necesita hacerse totalmente explícito. La idea ya está articulada en el Viejo Testamento, en relación a la especificación de los motivos para el divorcio: “cuando un hombre haya tomado esposa, y se haya casado con ella, y ocurra que ella ya no resulta agradable a sus ojos, porque él haya encontrado algo sucio en ella; entonces él deberá suscribirle un documento de divorcio y dárselo en la mano, y sacarla fuera de su casa”[8]. La casa aquí, notemos, es del marido. De ahí que sea la mujer y no el hombre, la que se quede sin hogar a través del divorcio.

San Mateo objeta esta ley tradicional de los judíos y propone reformarla. El divorcio, afirma, sólo es moralmente permitido a causa de la fornicación. De hecho, lo que tiene en mente, es todavía una sanción masculina para una transgresión femenina: “Se ha dicho que aquél que rechace a su mujer le dé un documento de divorcio; pero yo os digo que cualquiera que rechace a su mujer, salvo por causa de fornicación, la está empujando a cometer adulterio”[9].

La frase bíblica inglesa “de rechazar” a la mujer, queriendo significar divorciarse de ella, se ha convertido, por supuesto, en un eufemismo para el confinarla en un asilo de locos. Comentaré más adelante acerca de esto.

El cambio en las leyes de divorcio, del Viejo al Nuevo

Testamento, refleja la precisión y quizá la articulación más clara de uno de los más grandes pecados —quizá incluso el más grande— de la ética judeo-cristiana: es decir, la autonomía personal, el autocontrol sobre el propio cuerpo y la, propiamente, o más específicamente, sobre los actos mentales y sexuales propios. Con respecto a los actos sexuales, esta nueva ética cristiana está claramente articulada, por ejemplo, en los Corintios, donde San Pablo explica que "es bueno para un hombre no tocar a una mujer. Sin embargo, para evitar la fornicación, que cada hombre tenga su propia esposa, y que cada mujer tenga su propio marido"[10]. ¿Por qué es mejor "casarse que arder" como él dice más adelante?[11]. Porque en el matrimonio, el marido y la esposa ceden a sus compañeros el control sobre sus cuerpos: "la esposa no tenga poder sobre su propio cuerpo, sino su marido; y de la misma manera, tampoco el marido tenga poder sobre su propio cuerpo, sino su esposa"[12].

Esta rendición del autocontrol del propio cuerpo por el marido y la esposa, hace que cada uno de ellos se parezca a la verdadera persona continente cuyo cuerpo le pertenece totalmente a Dios: "Pero yo hablo de esto como un permiso [dice Jesús], y no como un mandamiento. Porque yo quisiera que todos los hombres fueran como yo soy… por lo tanto os digo, a los no casados y los viudos, que sería bueno que permanecieran como yo soy. Pero si no pueden contenerse, que se casen: porque es mejor casarse que arder"[13].

También aquí Jesús da su mandamiento —en oposición a la ley y las costumbres tradicionales judías— contra el divorcio. Además, lo hace también en un lenguaje que es (en inglés) notable por su alusión al paralelo entre los maridos que rechazan a sus esposas a través de divorcio y a través del traslado fuera de su casa: y que el marido no repudie a su mujer"[14].

El matrimonio cristiano es, por lo tanto, un sacramento. La unión entre el marido y la esposa está justificada, y sin duda exaltada, porque "es paralela, imita y participa, hasta donde es posible, del acercamiento y el amor que existe entre Cristo y su desposada, la Iglesia"[15]. Este es el porqué en la ética cristiana, "el separar" lo que Dios ha unido es un pecado mortal, y el porqué el confinamiento psiquiátrico de un compañero marital por el otro, o el "encerrarlo" es una verdadera bendición médica. Cuando un

marido cristiano “encierra” a su esposa, o más raramente viceversa, él o ella no violan los sagrados votos del matrimonio; sino por el contrario, tal persona es contemplada como la salvadora del alma, o de “la salud mental” de su compañero, y también como la salvadora de su unión.

De hecho, los maridos y las esposas a menudo encuentran que su asociación es intolerable y buscan una manera de disolverla, o por lo menos de mitigar el dolor que les causa, interponiendo distancia entre ellos. El divorcio, si es una opción aceptable de tipo económico, moral y personal, es la solución más obvia a este problema. Si no es aceptable, los maridos y las esposas tienen otras dos opciones básicas, una muy vieja, y la otra relativamente reciente: el asesinato y la hospitalización mental. El asesinato tiene la desventaja de que produce un cadáver, pero esta desventaja se ha allanado, en especial en las sociedades religiosas devotas, al excusarla como un acto producido por la “pasión”, una explicación considerada especialmente atrayente cuando la pasión es la de un hombre que defiende su honor, ultrajado por una esposa infiel[16]. La hospitalización mental tiene la ventaja de que cumple con el mismo resultado que el asesinato, pero sin dejar un cadáver tras de sí; el manejo de este producto creado, adecuadamente llamado “el muerto en vida”, es además justificado con rapidez por apelación a su propiedad característica, es decir, la locura.

Hasta últimas fechas, las mujeres no podían vivir solas. Incluso ahora tampoco lo pueden hacer, excepto en las sociedades que están altamente desarrolladas en lo cultural y en lo económico; y entonces, sólo lo pueden hacer enfrentándose a grandes desventajas. Por lo tanto, las mujeres tenían, y todavía tienen, que formar sus hogares bajo la protección de, o por lo menos con otros, hombres especialmente.

En el pasado, una mujer tenía tres elecciones básicas domiciliarias: el vivir con su padre (o un sustituto, como podía ser un tío, hermano, o cufiado), su marido o Dios. En cada uno de estos arreglos, la identidad de la mujer era definida por su relación y su subordinación a un hombre o a una figura masculina —el padre, el marido y Jesús— y cada uno definía un papel femenino particular —una solterona, una esposa y una monja (o “desposada de

Jesucristo”).

La creación de las casas de locos y los asilos de locos, y posteriormente, de la psiquiatría de hospital como una institución social acreditada, reemplazó en parte uno de estos arreglos, y en parte les añadió un nuevo arreglo. Ahora una mujer podía no sólo escoger el ser una solterona, una esposa, o una monja —sino también una loca. Esta opción de escoger, o de ser escogida para la carrera de la locura, reemplazaba simultáneamente, y suplía, la opción de escoger o de ser escogida para la carrera de la religión. De ahí la asociación íntima, en el pensamiento psiquiátrico moderno y en el pensamiento moderno “intelectualmente sofisticado” en general, entre la llamada excesiva religiosidad y la locura —suponiendo que la locura a menudo se manifiesta a través de “una excesiva religiosidad”, y la “excesiva religiosidad” a menudo es contemplada como una causa de la locura.

Además, aunque un hombre podía, en *principio por* lo menos, establecer un hogar por sí mismo, al margen de un padre, una esposa, o la iglesia, él también estaba bajo la inmensa presión social de optar por uno de estos arreglos, hogareños. Y después de que las facilidades de la psiquiatría institucional se añadieron a los arreglos hogareños posibles, los hombres también podían aprovechar, y sin duda estaban obligados, las oportunidades que ofrecía. Por lo tanto, la casa de locos y el hospital mental se convirtieron en un “hogar” para hombres y mujeres —más para un sexo que para el otro, dependiendo de los factores (que varían de lugar a lugar y de tiempo a tiempo) que intervengan para convertir a los miembros de uno u otro grupo en más desvalidos y faltos de hogar, y, por lo tanto, necesitados de las facilidades proporcionadas por tales “orfanatorios” para adultos.

Una vez que visualizamos a los pacientes mentales, a los crónicos y sobre todo hospitalizados en general, y en particular a los esquizofrénicos, como en una carrera o papel su conexión con el matrimonio, en especial para las mujeres, se hace aparente. En todas las sociedades (patriarcales) la mujer se enfrenta a una elección entre dos carreras básicas —el matrimonio y convertirse en una esposa, o el rechazar el matrimonio, y ser otra cosa. ¿Pero qué —especialmente hasta tiempos muy recientes— podía hacer de su vida una mujer que rechazaba el matrimonio, o que no se casaba

por otras razones? Antes de la Ilustración, la principal alternativa femenina al matrimonio era el convento: la mujer debía ser una esposa —si no del hombre, entonces de Jesús. Desde la Ilustración, el papel del convenio ha sido reemplazado en parte, por el de la casa de locos o el del hospital mental: toda mujer aún debía estar en un domicilio poseído y controlado por un hombre u hombres —si no en el hogar de su esposo, entonces en un "hogar mental".

Desmoralizado por el espectáculo del matrimonio de su madre, Hamlet le ordena a Ofelia que se vaya al convento:

> Si no os casáis, os daré esta miseria por dote: aunque seáis tan casta como el hielo, y tan pura como la nieve, no escaparéis a la calumnia. Id al convento. Id con Dios[17].

Desmoralizado por el espectáculo de la vida social moderna, Kallmann ordena a las mujeres que se internen en las casas de locos. Aboga por la encarcelación psiquiátrica como una medida social sistemática basada en la eugenesia. "En un nivel cultural bajo", explica, "los perturbados mentales y los débiles mentales están casi incapacitados para obtener las necesidades de la vida; mientras que, un alto estándar en los hospitales mentales, obviamente tenderá a reducir las condiciones de hostilidad hacia los residentes"[18].

Pero esto no es suficiente, el propósito principal de encarcelar a los esquizofrénicos, en particular a las mujeres esquizofrénicas, de acuerdo con Kallmann, es el de evitar que se casen y procreen. En efecto, recomienda la hospitalización mental como un sustituto del matrimonio:

> Por otro lado, el confinamiento en una institución debe ejercer una influencia definitiva sobre la reproductividad del paciente loco. Por supuesto, tal propósito sólo puede lograrse si la hospitalización tiene lugar lo suficientemente pronto, y abarca la mayor parte del periodo reproductivo de todos los pacientes enfermos hereditarios. Este punto ha sido descuidado a menudo, e incluso, la psiquiatría más moderna todavía menosprecia este importante principio de la eugenesia, en detrimento de la salud pública. Sólo es necesario recordar que, incluso hoy en día, las muchachas en los primeros estadios de la esquizofrenia (diagnosticados a menudo como "nerviosismo") no son prevenidas contra un matrimonio temprano, sino que, por el contrario, se les aconseja casarse como el mejor remedio para un "colapso nervioso"[19].

La práctica del principio que proclama Kallmann aquí —que no fue, por supuesto, de su invención, sino que representa la opinión de los más prestigiosos psiquiatras de su tiempo obsesionados por la herencia— se ilustra en la siguiente historia, dada a conocer en un periódico:

> Martha Nelson, que fue confinada a un hospital del Estado por razones desconocidas en 1875 a la edad de cuatro años, y pasó sus siguientes 99 años en instituciones del Estado, murió el jueves, de acuerdo con los datos proporcionados por el Departamento de Salud Mental y Retardo Mental de Ohio. Tenía 103 años de edad… Los oficiales del Estado dijeron que todavía no estaban seguros del por qué la Srta. Nelson había sido confinada durante toda su vida. Trabajó como lavandera y haciendo labores del hogar… hasta que tenía 60 ó 70 años, dijeron, y después de esto, permaneció allí como una paciente[20].

Preguntarse el por qué esta mujer fue "confinada" a la edad de 60 ó 70 años, es hacer una pregunta para evitar una respuesta: es decir, que el hospital era su casa. Por supuesto, esta respuesta es ideológicamente insuficiente. Si a uno se le preguntara en la Edad Media por qué una mujer había estado viviendo en un convento, la respuesta no podría ser que no tenía otro lugar a dónde ir; tenía que decirse que lo hacía porque amaba a Jesucristo. De la misma manera, ahora debemos decir que las personas viven en los hospitales mentales no porque no tengan otro lugar en dónde quedarse, sino porque son esquizofrénicas.

La proposición de que el fenómeno primario de la "locura" en el mundo moderno —que se convirtió en *dementia praecox* a fines del siglo XIX, y en "esquizofrenia" a principios del XX— es el cambio de ubicación o situación forzoso del hogar a la casa de locos; se encuentra a través de toda la historia de la psiquiatría institucional[21]. Incluso una mirada superficial a esta historia muestra, y un estudio más cuidadoso de ella ampliamente lo confirma, que cualquiera que sea la fenomenología de la locura en el pasado o en el presente, el confinamiento en una casa de locos siempre viene primero y su justificación por la locura viene después.

Hace 250 años el periodista inglés y novelista Daniel Defoe, denunció esta práctica como sigue:

> Debo manifestarme vivamente contra la práctica vil que ahora está tan en boga entre la mejor elección, como se la llama, pero la peor elección de hecho, es decir, el mandar a sus Esposas a las Casas de Locos, por cualquier Capricho o Disgusto, para que ellos puedan estar más seguros y tranquilos en sus libertinajes… Es el tope de la Barbaridad y la Injusticia en un País Cristiano, es una Inquisición clandestina, y quizá peor[22].

¿Pero por qué los ingleses hacían cosas tan terribles a sus esposas? Una razón era porque no podían divorciarse de ellas, un tema que abordó el más grande de todos los defensores de la libertad personal, John Milton, expresándose de la siguiente manera —más o menos al mismo tiempo en que tenía lugar la construcción de los asilos de locos—:

> Cuando, por lo tanto, me di cuenta de que había tres clases de libertad que eran esenciales para la felicidad en la vida social —la religiosa, la doméstica, y la civil; y como ya había escrito acerca de la primera y los magistrados estaban muy activos en obtener la tercera, determiné volver mi atención hacia la segunda, o clase doméstica… Expresé mi manera de sentir, no sólo en lo que concierne a la solemnización del matrimonio, sino a su disolución, si las circunstancias lo hacían necesario;… ya que el que se consume en la más vil servidumbre bajo un ser inferior en su hogar, en vano hace alarde de libertad en el senado o en el foro. Sobre este tema, por lo tanto, he publicado algunos libros que fueron más particularmente necesarios en aquel tiempo en que el hombre y la mujer eran a menudo los enemigos más inveterados, cuando el hombre a menudo se había quedado en casa a cuidar a los niños, mientras que la madre de la familia había sido vista en el campo del enemigo amenazando de muerte y destrucción a su esposo[23].

Lo anterior fue escrito en 1654; 100 años después la “locura” fue un “negocio” floreciente en Inglaterra[24]. Lo que quiero decir es no sólo que el matrimonio y la psiquiatría son instituciones similares, sino que están unidas y se apoyan mutuamente una a la otra. Por ejemplo, en 1851 un estatuto de Illinois especificaba que una mujer casada podía ser confinada obligatoriamente en un sanatorio de locos del Estado “a petición del esposo… sin necesidad de presentar la evidencia de locura que se requería en otros casos”[25].

En Inglaterra se practicó el mismo principio siempre que el hecho de la infidelidad marital estaba escondido tras la ficción de la

enfermedad mental —como por ejemplo en 1869 cuando el príncipe de Gales, Eduardo VII (popularmente conocido como “Bertié”) fue amenazado por el escándalo a causa de su relación sexual con una mujer casada. De acuerdo con un moderno biógrafo del monarca:

> Hubo un intento más para evitar el escándalo —fue hecho por el leal *Sir* Thomas Moncrieffe, el padre de la mujer, que de una manera algo brutal pero patriótica, hizo que su hija fuera declarada loca. Los principales doctores fueron a la corte a jurar que ella estaba afligida de “manía puerperal” desde el nacimiento de la criatura. Esto fue aceptado por el juez… Los jueces no se cubrieron exactamente de gloria, pero se había defendido a la Reina, y Bertié había sido salvado de una circunstancia muy desafortunada[26].

Por lo tanto, en la misma proporción en que el matrimonio sea considerado sagrado e indisoluble, la psiquiatría involuntaria será considerada una bendición y algo indispensable; y mientras la discordia marital y el divorcio sean considerados escandalosos, la enfermedad mental y su tratamiento obligatorio serán considerados científicos.

Estamos ahora preparados para volver a examinar, teniendo en cuenta el modelo del matrimonio, el contexto real y la manera precisa en que los fenómenos, que Kraepelin llamó *dementia praecox* y Bieuler llamó “esquizofrenia”, se manifiestan de manera típica. El contexto es la familia: los padres y uno o más hijos. El hijo “afectado” es un adolescente, que se está convirtiendo en un adulto joven, cuyo desarrollo (de ahora en adelante usaré el pronombre masculino para simplificar la presentación, aunque “el paciente” sea más a menudo una mujer[27]), parece proceder de una manera que preocupa a los padres, y quizá a otros, en lo que respecta a su competencia como un individuo independiente. Puede ser excesivamente aniñado y dependiente de sus padres, o excesivamente liberado de ellos, creando un espectáculo desafiante de independencia ilusoria. En cualquier caso, su sobrevivencia como un adulto independiente en lo personal y lo económico, y también como cabeza de otro hogar, parece muy dudoso. El sujeto —o “pre-paciente”, como Goffman muy adecuadamente lo llama[28]; es decir, nuestro futuro paciente esquizofrénico— está

ahora en sus últimos años de la adolescencia, en la universidad, o quizás ya fuera de ella. Sin embargo, todavía es dependiente en lo económico (de su familia o de otros) y se encuentra aislado socialmente (excepto de su familia o unos pocos más). Aquí, por lo tanto, está la situación en la que surge de manera típica la "esquizofrenia" es decir, en la cual es en un principio "identificada" o "diagnosticada": los padres envejecen; se han cansado de velar por sus hijos llegados a la madurez biológica, y se enfrentan con la carga presente y el proyecto futuro de mantener un hijo o hija, "inútil" y posiblemente "difícil". Las inevitables preguntas que surgen en sus mentes, y en las mentes de otros miembros de la familia a quienes conciernen, son: ¿Qué le pasará a esta "criatura" cuando los padres se hagan débiles y se mueran? ¿Cómo vivirá? ¿Quién la cuidará?

Esta es la situación en la que podemos observar la *dementia praecox* o la esquizofrenia *in statu nascendi* (en su estado naciente). Es una situación, además, que se parece en todo lo esencial a las circunstancias en las que también podemos observar (arregladas) el matrimonio *in statu nascendi*. Así como la esquizofrenia o la locura, dos términos que usaré indistintamente, surge de un contexto en el cual el prepaciente juega un papel fundamental, también el matrimonio surge de un contexto en el cual la pre-esposa juega un papel fundamental. Por "pre-esposa" quiero decir la mujer joven en la edad y la etapa de la vida en la que pasa, sin percibirlo, de niña o adolescente a novia en potencia o esposa. La edad que reveladoramente solía ser, y algunas veces todavía es, llamada "casadera".

¿Qué quería decir la gente cuando hablaba de una mujer "casadera"? Querían decir que ella *debería* casarse, que debería *ser* casada; que su padre estaba dispuesto a *darla* en matrimonio. La existencia o papel que esperaba a tal persona era la de una esposa; en pocas palabras, era una *pre-esposa*. Entonces, como ahora, las pre-esposas eran educadas para ser incompetentes e inútiles como individuos independientes fuera del hogar. Se esperaba de ellas que no fueran empleables en el mercado, excepto quizá en las clases económicas y sociales más bajas; en vez de eso, se esperaba de ellas que fueran esposas, madres, y que fundaran un hogar. Pido perdón por decir cosas tan obvias, pero mi justificación para hacerlo se verá

enseguida.

Habiendo llegado a la edad casadera, siendo pre-esposas, las mujeres jóvenes normalmente tomaban la decisión de su destino: se casaban y se convertían en esposas. Eran ayudadas a efectuar este cambio en su status por su familia, por la familia de sus futuros esposos, y a menudo por intermediarios o celestinas. Este es el por qué el matrimonio funcionaba tan bien en el pasado, y ahora funciona tan mal. Antes, cubría las necesidades de las mujeres jóvenes y sus familias, y las necesidades recíprocas de los hombres jóvenes y sus familias. Ahora se espera que cubra las necesidades de los compañeros casados como individuos, y esto no se logra.

En la actualidad, la estructura y la función del matrimonio arreglado han sido reemplazadas en parte por la estructura y la función de la psiquiatría arreglada. Es importante respecto a este asunto, el hecho de que la ceremonia de certificación, que tiene muchos parecidos con la ceremonia de matrimonio, sea llamada "confinamiento" —un término que traiciona la idea de que no sólo el paciente está confinado al hospital, sino que el paciente y el psiquiatra, como marido y esposa, también están "confiados" o "confinados" uno al otro.

Las similitudes estructurales entre el matrimonio arreglado y la psiquiatría arreglada son bastante obvias. Algunas veces, el joven pre-paciente busca la ayuda psiquiátrica por sí mismo, y entra por voluntad al vínculo psiquiátrico "matrimonial", que describiré más ampliamente. Más a menudo, sin embargo, haciendo un paralelo con el patrón del matrimonio arreglado, la tarea de acercar al pre-paciente con su futuro compañero psiquiatra recae en los padres y otros intermediarios, como el médico de la familia, el psicólogo, el trabajador social, y otros llamados "profesionales de la salud mental". Habiendo encontrado la adecuada pareja médica, el pre-paciente y el médico son preparados para la ceremonia de certificación: uno de los participantes es diagnosticado formalmente como un "paciente esquizofrénico", el otro es autentificado formalmente como "su médico psiquiatra", y el espacio en el cual los dos son confinados, el uno por supuesto más estrechamente que el otro, es acreditado formalmente como un "hospital".

En pocas palabras, de la misma manera en que en el matrimonio religioso la esposa pierde su nombre y toma el nombre que le da el

esposo, en el matrimonio psiquiátrico el paciente pierde su nombre y toma el nombre que le da el psiquiatra. Por lo tanto, así como la ceremonia de matrimonio, transforma a Joan Jones en la Sra. Steven Smith, identificándola de allí en adelante como la "esposa de Smith"; también la ceremonia de confinamiento transforma a un contador o a un arquitecto en un esquizofrénico, identificándolo de allí en adelante como "el paciente del Dr. Daniel Doe".

Además, este arreglo psiquiátrico institucional, como su equivalente matrimonial, también está creado para resolver ciertos problemas humanos comunes. De ahí que, no sólo se les evita a los participantes de este drama la necesidad de crear nuevamente esta solución (psiquiátrica) para sus problemas, sino por el contrario, se les empuja, con toda la presión que la sociedad puede ejercer, hacia la resolución de sus necesidades particulares a través de este medio. Los padres y la sociedad necesitan guardianes para ciertas personas que —a causa de su crianza, su educación, u otra razón— no pueden, o no quieren, cuidarse a sí mismos. Tales personas están, además, casi siempre de acuerdo en aceptar, en especial cuando están enfrentadas a una presión autoritaria y a una coerción para hacerlo, a cierta gente e instituciones distintas de sus padres y familias como sus guardianes y sostenedores.

De la misma manera que en la pareja arreglada del matrimonio patriarcal, también en la pareja arreglada del esquizofrénico hospitalizado y el psiquiatra de hospital, puede no existir el noviazgo para nada: que la primera vez que el paciente y el doctor se encuentren, sea en el hospital, después de que el primero ha sido confinado al "cuidado" del último. Como este confinamiento se realiza a través de un juez, ni el paciente ni el doctor están libres para rechazar la unión, por lo menos no enseguida. Tal y como ocurre en el modelo del matrimonio, es obvio sin embargo, que el psiquiatra de hospital tiene el poder necesario, si quisiera utilizarlo, para iniciar tal unión —es decir, llevar a ciertos pacientes al hospital bajo su cuidado— y para terminar dicha unión —es decir, para dar de alta, como curado, o remitir, virtualmente a cualquier paciente que desee. Lo que quizás es más revelador en este asunto es que, a pesar del tan alardeado modelo médico en el que aparentemente se basa la psiquiatría esta clase de arreglo psiquiátrico carece de la característica política más distintiva de la

medicina —es decir, de la libre elección del médico por el paciente, y viceversa. En pocas palabras, mientras la relación médica moderna aspira al modelo del matrimonio romántico, o sea a la pareja por amor, realizado por dos partes que consienten y que se escogen una a la otra, la relación psiquiátrica moderna aspira al modelo del matrimonio tradicional, arreglado para la pareja por los superiores de sus clanes respectivos.

Por lo tanto, algunas de las funciones de diferenciación e identificación social que cumplía antes la institución del matrimonio, las cumple ahora la institución de la psiquiatría. En cada sociedad cada quien tiene su "propio lugar" —y se mantiene, más o menos rígidamente, en él. Aunque esto es más aplicable a las sociedades estratificadas tradicionales que a las modernas, al parecer sin clases, el mantener durante ciertos periodos de tiempo por lo menos, papeles sociales relativamente fijos es una característica de todas las sociedades.

En las sociedades patriarcales de Europa hasta principios del siglo, y antes, el lugar de la mujer era, como lo indica la clásica frase alemana: *Kinder, Kirche, Küche* (hijos, iglesia, cocina). A la medida que las mujeres —y otros grupos oprimidos, como los judíos, los trabajadores y los pobres— se "liberaron", y a medida que desaparecieron aparentemente las clases de las sociedades, se crearon nuevas clases: los enfermos mentales forman una de estas clases, y algunas de las otras son: los que reciben manutención del Estado, los niños, y los físicamente incapacitados. Ahora son los miembros de estos grupos los que deben conocer y deben ser mantenidos en sus propios lugares. El "lugar" del esquizofrénico ha sido definido por Bleuler: relajación de asociaciones, autismo, y ambivalencia. Las tres "A" aliteradas de los clásicos "síntomas primarios de la esquizofrenia", han reemplazado por lo tanto a las tres "K" aliteradas de los clásicos "síntomas primarios de la feminidad".

Por supuesto, el pronóstico, y el éxito eventual de la esquizofrenia también pueden ser contemplados provechosamente desde la perspectiva del paradigma del matrimonio arreglado. La edad característica para el comienzo o el acceso de la *dementia praecox* es, como hemos visto, la misma que tienen las mujeres, y tenían, en el momento en que se espera que se casen. Las

expectativas características —familiares y sociales, médicas y psiquiátricas— de las pre-esposas victorianas y de los pre-esquizofrénicos Bleulerianos, también son las mismas: incompetencia fuera del hogar, dependencia de la autoridad y la familia, desempleo en el mercado.

Una vez confinados o confiados (casados), se espera de los pacientes (esposas) que tengan una enfermedad que dure toda la vida (que permanezcan casadas hasta que la muerte las separe de sus esposos). Algunas veces el paciente esquizofrénico es remitido, es dado de alta del hospital, y vuelve a su personalidad pre-mórbida (el marido obtiene un divorcio y la ex-esposa vuelve al hogar de sus padres). A menudo, sin embargo, el expaciente sufre una recaída y es hospitalizado de nuevo (la exesposa se vuelve a casar). Desde esta perspectiva, sería falso y conduciría a error, el decir que la esquizofrenia es una condición crónica, como lo sería el decir que el ser una esposa concienzuda es una condición crónica. Sería más exacto atribuir este estado crónico a ciertas expectativas sociales y arreglos institucionales, que a las "condiciones" que generan. Por supuesto, el matrimonio dura mucho tiempo si el divorcio está prohibido por la ley, o impedido por severas sanciones sociales. Por supuesto, la esquizofrenia dura mucho tiempo si el recuperarse de ella está prohibido por la psiquiatría, o impedido por severas sanciones sociales. En Italia, por ejemplo, hasta muy recientemente no hubo divorcio; las esposas podían escapar de sus maridos y viceversa, sólo por medio de la anulación o la separación. De la misma manera, en la psiquiatría de Kraepelin, Bleuler y Freud, no había recuperación de la esquizofrenia; los pacientes debían escoger entre escapar de sus doctores o contentarse con una remisión, y los psiquiatras tenían que escoger entre rechazar la psiquiatría de hospital y el reclasificar a los esquizofrénicos "curados" como neuróticos diagnosticados equivocadamente.

En el matrimonio la pre-esposa gana un esposo para reemplazar a su padre, un nuevo hogar, y una nueva familia —todo esto la capacita para vivir como "esposa" y "hacedora de un hogar". De la misma manera, en la hospitalización mental el pre-paciente gana un doctor para reemplazar a su padre, y un nuevo hogar e institución para reemplazar a su antiguo hogar y a su familia —todo esto lo capacita para vivir como un paciente y así ayuda a que se sostenga

la institución. Por lo tanto, no sólo es la esquizofrenia una “manera de vivir”; también es parte de un arreglo e institución sociales que definen y ofrecen una cierta manera de vivir —es decir, la psiquiatría institucional. Aquí el paciente es, como si lo fuera, la esposa. El psiquiatra es el marido; el hospital mental es el hogar en el que viven ambos; “esquizofrénico” es el nombre poco adulador con el que el marido se refiere a la esposa; “doctor” es el nombre adulador por el cual la esposa se refiere al marido; y los internos del hospital mental, especialmente aquéllos todavía más desvalidos que el paciente mismo, son los otros hijos, a quienes cuidan la madre y el padre —el “esquizofrénico que se ha recuperado dentro de la institución” y el “director del hospital mental”—; y el primero realiza todo el trabajo, mientras que el último cosecha todas las recompensas.

El resultado de largos años de matrimonio psiquiátrico forzado es por lo general el mismo que el que brindan largos años de santo matrimonio: ambos, el doctor y el paciente, desarrollan rencores profundos uno contra el otro. Y cada uno tiene su propia imagen y retórica para justificar sus quejas. Por lo tanto, por un lado están los psiquiatras, temerosos de los pacientes, siempre dispuestos a probar que el “psicótico” puede ser peligroso para sí mismo o para otros y por lo tanto es un sujeto apropiado para la hospitalización mental involuntaria y el tratamiento. Por otro lado están los pacientes, resentidos de los psiquiatras, siempre dispuestos a reclamar que han sido tratados injusta e inadecuadamente, y que han sufrido, como resultado de esto, indignidades y daños por los cuales tienen derecho a una compensación. Este es el por qué de la misma manera que en los litigios de divorcio, un juez o jurado siempre puede encontrar culpabilidad en una parte o en la otra, o en ambas, dependiendo de sus propios valores y simpatías, así también en los litigios entre compañeros psiquiátricos un juez o jurado siempre puede encontrar culpabilidad en una parte o en la otra, o en ambas, y el porqué estas cuestiones tan arbitrarias —es decir, si los pacientes deben ser confinados o se les debe compensar— pueden, dependiendo de la habilidad de los protagonistas en este drama, fácilmente justificar actos a su favor o en contra, ya sean de los pacientes o de los psiquiatras. Es difícil pensar que pudiera ser de otra manera: mientras las relaciones humanas, en especial entre una

pareja, sean forzadas en vez de contratadas, siempre existirá una necesidad de justificar la coerción y la queja contra el abuso, y siempre se requerirá un verdadero Salomón para ser el árbitro en tales disputas.

Desde esta perspectiva, es fácil ver también el por qué uno de los síntomas más populares de la vida victoriana era la frigidez —es decir, que ella no respondía sexualmente al marido que no quería, y a quien se rehusaba a someterse; y el por qué uno de los síntomas característicos del esquizofrénico contemporáneo es la resistencia al tratamiento —es decir, que éste no responde terapéuticamente al psiquiatra que no quiere y a quien se rehúsa a someterse.

En muchos aspectos esenciales, entonces, la psiquiatría del hospital —tal y como fue desarrollada en los siglos XVIII y XIX en Europa, y tal y como la conocemos a través del mundo "civilizado"— es la perfecta réplica de un matrimonio Victoriano "feliz". Es estable —el paciente es un psicótico crónico, y el psiquiatra es un psiquiatra crónico. Es pacifico —el poder está distribuido y asegurado en una red vertical estrecha, que elimina, por lo tanto, ambas cosas: la posibilidad de una revuelta efectiva del oprimido, y una reforma efectiva por parte del opresor. Está animado y gobernado sólo por el amor y la buena voluntad —todo lo que el paciente debe hacer es recibir el tratamiento, y todo lo que el psiquiatra hace es dar el tratamiento. Finalmente, de la misma manera que el matrimonio religioso, si llega a producir algo, es la felicidad conyugal; también el confinamiento psiquiátrico, si llega a producir algo, es la salud mental.

Sin embargo, debemos tener en cuenta —y ahora lo digo muy seriamente— que ni el matrimonio ni el sistema de locura fueron creados por la sociedad para hacer a sus miembros felices o sanos. Cada sistema sirve a un propósito bastante diferente, y aquéllos que quieran ser felices o sanos deberán encontrar su propia manera de lograrlo, dentro del sistema o fuera de éste.

Innumerables novelistas y escritores de teatro modernos, desde Ibsen y Chejov, a Pinter y Mishima, han lidiado con problemáticas relaciones como las que hemos visto entre las parejas descritas, ya sean matrimoniales o psiquiátricas. Unas cuantas citas de, y observaciones sobre, obras literarias, deberían ser suficientes aquí

para ampliar y aclarar mi argumento.

Tolstoi, cuya mayor parte de su vida —en lo personal y en lo creativo— fue una gigantesca batalla para exorcizar a los demonios de la dominación-sumisión en los asuntos humanos[29], vio el meollo de este problema, no sólo de la manera en que afecta al matrimonio, sino también de la manera en que afecta a la medicina, como un medio de mitificarla. Aquí está un fragmento de un diálogo de *The Kreutzer Sonata*. Es parte de una conversación en un tren entre un hombre que acaba de salir de la cárcel en donde estuvo por haber matado a su esposa, y su interlocutor anónimo:

> —Sabe Ud. —empezó a decir mientras volvía a meter el té y el azúcar dentro de su bolsa—, la dominación de las mujeres de la que sufre el mundo surge de esto. —¿Qué dominación de las mujeres? —pregunté—. Los derechos, los privilegios legales, todos están del lado del hombre. —¡Sí, sí!, se trata precisamente de esto —me interrumpió. Es justamente lo que quiero decir. Explica el fenómeno extraordinario de que, por un lado, la mujer está reducida al estadio más bajo de humillación, mientras que, por otro lado, ella domina… La falta de derechos de la mujer surge, no del hecho de que no pueda votar o ser juez —ya que el ocuparse de tales asuntos no es un privilegio— sino del hecho de que ella no es la igual del hombre en el acto sexual, y no tiene el derecho de usar a un hombre o abstenerse de él según lo desee —no se permite que escoja al hombre según su deseo, sino que debe ser escogida por él… Tal como están las cosas actualmente, a una mujer se la priva de este derecho, mientras que el hombre lo tiene[30].

Si sustituimos psiquiatra por hombre, y esquizofrénico por mujer, la adecuación todavía es perfecta: uno puede escoger, o "diagnosticar" al otro, pero no viceversa.

Tolstoi lamenta la trampa mutua en la que están atrapados los hombres y las mujeres como poseedores de esclavos y como esclavos, y caracteriza a "la mayoría de las mujeres" como condenadas a estar "mentalmente enfermas, histéricas, infelices, y carentes de capacidad para desarrollarse espiritualmente"[31]. Entonces hace su observación profética sobre el papel que tienen los médicos de desmoralizar y mitificar este dilema ético quintaesencial de la humanidad:

> Veo que no le gustan los doctores —le dije, dándome cuenta de un tono en especial malevolente en su voz, cuando él se refería a ellos.

> —No se trata de que me gusten o de que no me gusten. Han arruinado mi vida, de la misma manera que han arruinado, y siguen arruinando, las vidas de miles y cientos de miles de seres humanos, y no puedo evitar el unir el efecto con la causa… Actualmente, uno ya no puede decir: "No está usted viviendo correctamente, viva mejor". Uno no puede decirlo, ya sea a sí mismo, o a otro. Si vive una mala vida, es a causa de un funcionamiento anormal de sus nervios. Por lo tanto, debe acudir a ellos, y ellos le recetarán una medicina que le costará ocho peniques en la farmacia, ¡y deberá tomársela! Puede empeorar: entonces le recetarán más medicina y deberá volver con el doctor. ¡Un truco excelente![32]

Esta, por supuesto, es una perspectiva presciente del control psicofármaco moderno sobre los problemas maritales y otros problemas humanos. En el siguiente párrafo está explicado esto, en el cual Tolstoi ofrece también una dramática descripción del confinamiento o encarcelamiento marital —y *mutatis mutandis*, del psiquiátrico— de cada compañero de la pareja por el otro:

> Estas nuevas teorías de hipnotismo, enfermedad psíquica, e histeria, no son una locura sencilla, sino una peligrosa y repulsiva. Charcot seguramente hubiera dicho que mi esposa estaba histérica, y que yo era anormal, y sin duda hubiera tratado de curarme. Pero no había nada que curar. Por lo tanto, vivimos en una niebla perpetua, sin ver la condición en que nos encontrábamos…
> Éramos como dos convictos que se odian uno al otro, y están encadenados juntos, nos envenenábamos la vida el uno al otro y tratábamos de no darnos cuenta. No sabía entonces, que el noventa por ciento de la gente casada vive un infierno similar al que yo vivía, y que no puede ser de otra manera[33].

En *Enemigos Naturales*, Julius Horwitz, ha creado la sorprendente continuación contemporánea de *The Kreutzer Sonata*. Esta novela es, de hecho, un análisis incluso más perceptivo del matrimonio como una trampa para ambos, el marido y la esposa —en parte quizá, porque el matrimonio es incluso más problemático ahora de lo que era en tiempos de Tolstoi. Además, Horwitz critica en exceso la influencia perniciosa del psiquiatra sobre aquéllos que tratan de liberarse o de romper los lazos del matrimonio. "Los psicólogos están equivocados", hace notar Horwitz en un aparte similar al de Tolstoi sobre Charcot, "como casi siempre lo están. Las profesiones

en Norteamérica generalmente no se ocupan de estar en lo correcto, sino sólo de proteger los conocimientos que les hacen sentirse a gusto —como los psiquiatras, que todavía no se dan cuenta de que Freud era un gran escritor de ficción[34].

El protagonista de Horwitz es un editor de éxito que vive en los suburbios con su esposa, sus hijos, y un perro. Así como la historia de Tolstoi está contada por un hombre que había matado a su esposa y que había pasado un tiempo en la prisión por ello, la de Horwitz está contada por un hombre que está planeando matar a su esposa, a sus hijos, y a sí mismo, y que al final de la novela lo hace. En ambos casos, el matrimonio es una prisión existencial. "No importaba" explica el marido, "que yo fuera el editor de una de las revistas más importantes de Norteamérica de acuerdo con el *Newsweek*; Miriam me veía como un hombre que interfería con la imagen privada que ella tenía de sí misma, la cual era totalmente incapaz de aclarar a sí misma o a nadie más"[35].

Miriam "se vuelve loca", trata de suicidarse, se convierte en una paciente de un hospital mental y después en una paciente psiquiátrica fuera del hospital, haciendo que su marido se sienta culpable y esté resentido. "El por qué las mujeres escogen la locura estaba más allá de mi comprensión"[36]. Horwitz le hace decir con furia y desesperación, mientras nos muestra que él lo entiende demasiado bien. El marido y la esposa se han atrapado el uno al otro, y a ellos mismos, en un matrimonio que no quieren examinar, mucho menos disolver, y que los psiquiatras que tratan a Miriam no les permiten examinar ni disolver.

Este es entonces, el problema que resulta psiquiatrizado, con resultados desastrosos. "Estoy loca, por supuesto, los registros del hospital lo confirman"[37], dice Miriam. Mientras que Horwitz nos evita un diagnóstico formal, la locura de Miriam es claramente lo que cualquier psiquiatra americano viril llamaría esquizofrenia. A medida que el relato se acerca a su clímax, Miriam se da cuenta del resentimiento implacable de su esposo. Es demasiado tarde, pero por fin ella logra comunicarle sus quejas al marido, en palabras, en vez de síntomas.

> A los psiquiatras no les gusta la gente, prefieren a los pacientes. Tú nunca luchaste contra él. Parecías aceptar sus juicios, cuando debiste

> saber que eran equivocados. Me debías haber sacado del hospital antes de los electro-shocks. Creo que nunca estuve mentalmente enferma[38].

El esposo de Miriam sabe que ella está en lo correcto. Siempre lo supo. Pero ambos continuaron el juego, ella en el papel de paciente doliente, y él en el papel de esposo que apoyaba.

Los comentarios finales de Horwitz sobre los psiquiatras, puestos en boca del esposo, son sumamente reveladores:

> El psiquiatra que le dio Ritalin a Miriam, luego Torazine, y luego Valium, se suicidó saltando frente al metro que iba hacia el norte en la avenida Lexington. Se cayó sobre las vías, y su cabeza y sus miembros fueron decapitados en partes como si hubiera sido guillotinado por un loco. Los psiquiatras les ganan a los ginecólogos en el número de muertes por suicidio[39].

Si Tolstoi y Horwitz —y Chejov, Kraus, y Kesey— escriben de este modo sobre la psiquiatría, quizás sepan algo a lo que la gente debería prestar mayor atención. En *Enemigos Naturales*, Horwitz captura con una fidelidad perfecta la moderna "dinámica" de la determinación del psiquiatra por destruir los últimos vestigios del sentido de individualidad como agente moral de su "paciente"[40], un sentido ya dañado por el "paciente" mismo:

> Debía haber sacado a Miriam por la fuerza del psiquiatra de la calle 74. Le dio a Miriam un lenguaje falso que no tenía verbos… Ella se volvió una parte de la locura que creó Freud, quien a semejanza de otros locos antes de él, creyó que había encontrado el verdadero significado de la vida… La psiquiatría se morirá por sí misma como ocurrió con la práctica del sangrado[41].

Parece que hay un largo camino desde la Rusia de los zares, o desde la Norteamérica contemporánea, al Japón de la última post-guerra mundial, donde Mishima escribió *Colores Prohibidos* (*Kinjiki*). Sin embargo, Tolstoi, Horwitz y Mishima tienen ideas y sentimientos similares, mostrándonos la universalidad del "problema" en lo que se refiere al "lugar apropiado" del hombre y la mujer en relación de uno con el otro, y con el orden social. Aquí, en primer lugar, están los comentarios de Mishima sobre la obligación de conformarse al apareamiento prescrito para el matrimonio:

> Cuando una muchacha parece amarte tanto como Yasuko parece hacerlo [dice Shunsuké a Yuichi], lo mejor sería casarse con ella, ya que tienes que casarte alguna vez. No creas que el matrimonio es algo más que una trivialidad. Es trivial —es por eso que lo llaman sagrado[42].

Luego siguen las observaciones de Mishima sobre la necesidad de mantener a la mujer en su lugar —a menos que, la implicación es clara, ella invierta el patrón de dominación-sumisión y domine al hombre:

> [Yuichi] —¿Pero cómo puede alguien casarse si no quiere hacerlo?
> [Shunsuké] —No estoy bromeando. Los hombres se casan con troncos; incluso pueden casarse con hieleras. El matrimonio es una invención propia del hombre. Es algo que puede hacer; el deseo no es necesario… Con lo único que hay que tener cuidado es en no reconocer nunca en ningún momento, que ella [la esposa] tiene alma. Tampoco los sedimentos de un alma pueden ser considerados[43].

Aquí, de nuevo, podemos reemplazar hombre por psiquiatra de hospital, y mujer por esquizofrénico hospitalizado, y encajaría perfectamente. Lo que prohíbe la tradición de la psiquiatría orgánica de hospital de Kraepelin, es el reconocimiento del paciente como persona. La pena del psiquiatra por alejarse de este principio, y de la conducta que prescribe, está manifestada conmovedoramente por Chejov, en *Sala No. 6*[44]. Para no distraerme más del tema, no citaré nada de esta obra, pero me gustaría concluir con un párrafo más de *Colores Prohibidos*, en el que Mishima aborda el tema del costo moral, en el mundo contemporáneo, de la institución del matrimonio arreglado, y, *mutatis mutandis*, de la psiquiatría institucional:

> Estas dos manos [las de Shunsuké] y nada más, habían hecho surgir en él [Yuichi] una pasión por los matrimonios forzados, en contra de la falsedad y lo falso, y le habían inducido a besarlas.
> Estas dos manos estaban cerca de la muerte, habían formado una alianza secreta con la muerte[45].

Las manos de Shunsuké son las de Kraepelin, Bleuler y Freud. Ya es hora de que dejemos de estrecharlas en un saludo amistoso.

Si el matrimonio es una trampa que a menudo finaliza en

divorcio para liberar a aquéllos que están cautivos en ella, ¿por qué los hombres y las mujeres se casan tan a menudo de nuevo? Y si el confinamiento psiquiátrico es una trampa que a menudo finaliza mal para ambos, el interno y el guardián, ¿por qué los pacientes y los psiquiatras tan a menudo vuelven a crear la misma clase de situación? Hay dos razones obvias para esto. La primera, que ambos, el papel matrimonial y el psiquiátrico, ejercen una atracción poderosa sobre la gente en general, y en particular sobre los pacientes mentales y los psiquiatras; también son carreras que definen las verdaderas identidades de los maridos y de las esposas, de los psiquiatras y de los psicóticos, y es, por lo tanto, difícil renunciar a ellos. Segundo, a través del contrato matrimonial, el matrimonio ofrece un medio de controlar la relación del hombre-mujer, que otros arreglos menos formales y menos coercitivos no tienen; de la misma manera, a través del confinamiento, la psiquiatría institucional ofrece un medio para controlar la relación del psiquiatra-paciente, que otros arreglos menos formales y menos coercitivos, no tienen. Sin un contrato como éste para legalizar la unión —literalmente: un "confinamiento" mutuo— los hombres y las mujeres, los psiquiatras y los pacientes, se pueden separar con relativa facilidad, y a menudo lo hacen. De ahí que, aquéllos que deseen seguridad marital o psiquiátrica —por razones que pueden extenderse a través de toda la gama de necesidades humanas— explícitamente optarán por el matrimonio, o tácitamente escogerán el confinamiento psiquiátrico.

En un buen artículo sobre el divorcio y las segundas nupcias, Sonya O'Sullivan describe el progreso de una mujer, de compañera sexual liberada a segunda esposa licenciada:

> Muriel se encuentra atrapada en una situación paradójica. Habiendo persuadido al Sr. de que el matrimonio es empobrecedor y una institución obsoleta, se da cuenta de que le gustaría mucho estar casada con él. Habiendo hablado con bastante brillantez sobre la conversión del hogar en un monumento a la relación muerta, se da cuenta de que le gustaría mucho tener un hogar con el Sr. asegurado en éste. Después de haber pronunciado comentarios seductoramente picantes sobre el tema de la fidelidad, ella insiste en que al Sr. sea fiel. Y, habiendo señalado lo absurdo de la Sra. que espera ser mantenida financieramente, se le ha ocurrido que sus pequeñas ganancias apenas justifican el que ella trabaje de las nueve a las cinco (después de que se casen); y cuando

> toma en consideración la declaración de impuestos del Sr., se da cuenta de que ahorraría dinero si ella se quedara en casa. Es una paradoja, pero no un problema[46].

De lo que se trata por supuesto, es que uno no puede al mismo tiempo, llevar hasta el máximo la libertad y la seguridad, la independencia del matrimonio o de la psiquiatría, y a la vez reconocer una dependencia hacia estas instituciones. Es decir, uno no puede tener el pastel y también comérselo. ¿O puede hacerlo? Las tendencias maritales y psiquiátricas en la actualidad me parece que exigen justamente tal interpretación —es decir, que son intentos en secuencia por exagerar ambos miembros de un par internamente contradictorio: las necesidades humanas y las prácticas sociales.

En otro artículo, en especial sobre las segundas nupcias, Leslie Westoff dice que, en los Estados Unidos, las segundas nupcias finalizan en divorcio dos veces más que los primeros matrimonios; y los datos actuales son el 59% para el primer caso y el 37% para el segundo caso[47]. Las tendencias actuales del matrimonio, del divorcio, y de las segundas nupcias, son cercanamente paralelas a las tendencias actuales de las admisiones, altas, y de las readmisiones de los hospitales mentales. Una prolongada estadía en un hospital mental, por una supuesta "deterioración" esquizofrénica, ha disminuido de manera dramática. De hecho, muchos psiquiatras —incluso los autores de los libros de texto sobre psiquiatría— admiten ahora que este estadio de la "enfermedad" es un artefacto creado por la institucionalización crónica[48]. Sin embargo, la cantidad de primeras admisiones a los hospitales mentales, lo mismo que la de los primeros matrimonios continúa siendo elevada, mientras que la cantidad de las altas así como la de divorcios, también está aumentando. Al mismo tiempo, la cantidad de readmisiones a los hospitales mentales, así como la de las segundas nupcias, permanece elevada y puede ir en aumento; pero estas rehospitalizaciones a menudo finalizan en altas, de la misma manera que las segundas nupcias a menudo finalizan en divorcio. Todo esto sugiere un compromiso difícil entre un anhelo continuo de seguridad marital y psiquiátrica, y el deseo de liberarse de los vínculos que conlleva tal seguridad. "Bajo todas nuestras dificultades en el matrimonio", hace notar Westoff en una frase que

es cierta y también está muy trillada: “yace ciertamente un deseo por las relaciones más libres, más reales, y de mayor igualdad, que no estén trabadas por el contrato legal”[49]. En otras palabras, el deseo de una relación que no sea, en el sentido convencional del término, para nada un matrimonio. Ya que, ¿qué es el matrimonio sin la obligación legal? ¿Qué es la esquizofrenia sin la obligación legal? ¿Qué es, para cambiar la metáfora, un triángulo sin tres lados?

Me parece que de la misma manera que en una relación por completo voluntaria entre un hombre y una mujer se niega el concepto mismo del matrimonio, también en una relación por completo voluntaria entre el psiquiatra y el paciente se niega el concepto de esquizofrenia (en el sentido usual de este término). O, para decirlo de otra manera, yo sugeriría que la psiquiatría involuntaria o institucional tiene la misma relación con la psiquiatría voluntaria o contractual[50], que tiene el matrimonio con una aventura. El primero de los términos une a la pareja en un estrecho abrazo de ambivalencia y ley; el último término la une en una unión libre en la que hay afecto y convivencia. Este es el por qué la gente puritana contempla a los hombres que se casan con las mujeres como virtuosos —porque de una manera voluntaria respaldan su “responsabilidad moral” hacia ellas; y contempla a los que evitan el matrimonio como malos —porque rehúsan a aceptar su “responsabilidad moral” hacia las mujeres desprotegidas. De la misma manera, éste es el por qué los psiquiatras puritanos contemplan a los médicos que encierran a los pacientes como virtuosos —porque de una manera voluntaria respaldan su “responsabilidad médica” hacia ellos, y contemplan a los que evitan confinarlos como malos —porque “rehúsan aceptar su responsabilidad médica” hacia “los pacientes mentales desesperadamente enfermos”.

De manera inevitable, la relación entre las parejas, en ambos, el matrimonio sagrado y la psiquiatría sagrada, a menudo constriñe mutuamente en lo personal, y es ambivalente en lo emocional[51]. Así como la esposa dependiente necesita al marido despótico y viceversa; también el paciente esquizofrénico necesita al psiquiatra de hospital y viceversa; y cada uno de ellos es incapaz —a causa del

peso combinado de vergüenza y culpa, de mitificación médica y de hipocresía social— de reconocer su necesidad de, y su explotación de, el otro. En vez de necesidad mutua, cada uno siente y habla de ayuda —uno queriendo recibirla, y el otro darla. En vez de explotación mutua, cada uno siente y habla de falta de comprensión y de antagonismo injustificado —el paciente sobre el del psiquiatra, y el psiquiatra sobre el del paciente. En pocas palabras, la esquizofrenia es el punto de nivel de un iceberg: bajo el nivel del agua yace el "mal matrimonio" del psicótico y el psiquiatra; cada compañero está amargamente descontento con el otro, pero los dos escogen mantener la relación en vez de romperla.

En el mapa que proporciona la metáfora del matrimonio para el llamado problema de la esquizofrenia, un área tiene especial claridad. Me refiero al hecho de que, en los Estados Unidos lo mismo que en muchos otros países, una persona no podía, hasta hace unas décadas, ser admitida de modo voluntario en un hospital mental (ni tampoco público), sólo porque quisiera convertirse en paciente; ni tampoco un psiquiatra podía admitir a tal persona como paciente, solo porque quisiera hospitalizarlo. La admisión a una institución mental de tal naturaleza, lo mismo que a una institución penal, se podía ganar solamente por medio de la Corte. El ser un paciente de un hospital mental significaba, entonces, ser confinado a dicho hospital; y el ser el doctor de tal paciente significaba, ser asignado a éste por medio de un Juez, o por los propios superiores del hospital.

Obviamente, esta regla no se parece en nada a la práctica de la medicina en las sociedades libres. La regla o ley que gobierna la obligación de jugar los papeles de prisionero y guardián, se parece a la regla o ley que gobierna la obligación de jugar los papeles de esposa y marido involuntarios —que en el lenguaje común se denomina "un matrimonio concertado a punta de escopeta". En tal matrimonio, el hombre y la mujer se casan bajo la amenaza de muerte, típicamente hecha por el padre de la mujer, quien bajo la pretensión de proteger el honor de su familia, de hecho quiere deshacerse de la carga que su hija representa para él. El confinamiento civil es también un "matrimonio concertado a punta de escopeta": ya que une, en un matrimonio de locura, al psicótico y al psiquiatra bajo la amenaza de una irresistible obligación por

parte de la sociedad, típicamente ejercida a través de la orden de un Juez, quien bajo la pretensión de estar protegiendo la seguridad pública y la salud mental del paciente, de hecho quiere deshacerse de la carga que el loco representa para él.

Es importante tener presente que, de la misma manera que en un matrimonio concertado a punta de escopeta, ambos, la novia y el novio, están bajo una obligación, también en un confinamiento civil, ambos, el psicótico y el psiquiatra, están bajo una obligación; ninguno es libre de rechazar los papeles que se le asignan, o la relación mutua que se les ha asignado. Esto demuestra con claridad el mecanismo social preciso por el cual, ambos, la esquizofrenia y la psiquiatría, están, casi literalmente, creadas o fabricadas[52]: a través de la colaboración de todas las principales instituciones sociales de la sociedad —la ley y la medicina, la religión y la familia, la educación y el periodismo— las cortes definen a algunas personas como "locas" o "psicóticas", a otras como "sanas" o "psiquiatras", y a la relación entre ellas como "hospitalización" y "tratamiento", y entonces imponen estas definiciones y papeles en ellos, a través del fraude, la fuerza, y el engaño de la protección y el prestigio.

Esta clase de pareja psiquiátrica —que era virtualmente la única clase que existía hasta fines del siglo XIX, cuando empezó a surgir la práctica de cierta clase de relaciones voluntarias entre los pacientes psiquiátricos y los psiquiatras— tenía la ventaja que tiene la brutalidad altisonante sobre la coerción encubierta: por lo menos era tan claro como el agua que el paciente y el doctor, el psicótico y el psiquiatra, no se escogían el uno al otro. Era lo mismo que la esposa y el esposo de los matrimonios arreglados: sabían que tenían que llevarse bien, pero que no tenían que amarse. Cada uno, por lo tanto, podía retirarse a su propio papel, y podía, de una manera general, ser dejado en paz por el otro: el paciente podía ocuparse de su psicosis, y el doctor de su diagnóstico. Esto respondía por ambas cosas: la estabilidad y el curso que tomara la relación: el paciente se "deterioraba" siendo cada vez más un mejor psicótico; y el psiquiatra se "desarrollaba" siendo cada vez más un mejor psiquiatra.

El delicado balance de este arreglo marital idílico, fue

perturbado porque se le introdujo en la psiquiatría institucional la noción de que el paciente psicótico debía recibir, y el psiquiatra debía darle, algo más que habitación y mantenimiento, quizás también alguna guía llamada "cuidado custodio y tratamiento moral". Empezando con el éxito que tuvo el tratamiento de la malaria para la paresia en 1917, y ganando ímpetu al introducirse, en los años treinta, el tratamiento de insulina para la esquizofrenia, el "tratamiento médico" de esta "enfermedad" se suponía que también debía ser "activo" y "agresivo". En otras palabras, se esperaba ahora, ¡que la infeliz pareja copulara y lo disfrutara! El resultado fue la terrorífica institucionalización de la violación psiquiátrica —es decir, de los "ataques terapéuticos" del psiquiatra en el psicótico, a través del metrazol, la insulina, la electricidad, la lobotomía, y la psicofarmacología.

Entonces, de la misma manera que los lazos del santo matrimonio fueron liberados en el siglo XX, también lo fueron los lazos del matrimonio psiquiátrico. Una manifestación de esta nueva "licencia", era que a los compañeros en matrimonio se les permitía algunas veces escogerse y rechazarse; otra, era que después de estar unidos en matrimonio, podían, si estaban suficientemente motivados, divorciarse. Estos cambios dieron como resultado un nuevo desarrollo, tanto en la psiquiatría como en la esquizofrenia. Por ejemplo, hizo posible que un pre-paciente escogiera si quería entrar voluntariamente a un hospital mental público; esto, a su vez, hizo posible para él —primero en principio, y después en la práctica— que escogiera si quería irse de allí. El matrimonio al estilo italiano o católico, se convirtió, en otras palabras, en el matrimonio al estilo americano o protestante: el divorcio se hizo posible, y a menudo incluso relativamente fácil; y también a menudo, se dio de alta en los hospitales mentales con relativa facilidad.

Sin embargo, así como el facilitar las leyes de divorcio no destruyó la institución del matrimonio, sino por el contrario, de alguna manera la ha reforzado; también el facilitar las posibilidades de divorcio entre el psicótico hospitalizado y el psiquiatra de hospital no ha destruido a la psiquiatría institucional, sino por el contrario, de alguna manera la ha reforzado. Sin el divorcio o con él, el matrimonio y la fornicación han permanecido siendo conceptos y valores distintos; la institución del matrimonio ha

permanecido protegida legalmente y dentro de la estima social. Con el confinamiento obligatorio del loco, o sin él, la locura y la salud, la cura psiquiátrica y la conversación personal, han permanecido siendo conceptos y valores distintos; la institución de la psiquiatría ha permanecido protegida legalmente y dentro de la estima social. El resultado es que, de la misma manera que después de un divorcio existen ex-esposas y ex-esposos que a menudo sólo se sienten a gusto después de haber establecido nuevos vínculos matrimoniales, también después de la remisión de un hospital mental hay ex-pacientes mentales y psiquiatras de hospital que sólo se sienten a gusto después de haber establecido nuevos vínculos de matrimonio psiquiátrico. En pocas palabras, estamos ante la típica escena psiquiátrica occidental contemporánea: pre-pacientes y ex-pacientes en una búsqueda desesperada de psiquiatras que los hagan sentirse bien (felices); y psiquiatras en una búsqueda igualmente desesperada de pacientes a quienes salvar de la enfermedad mental (de ser solteros).

Sólo bajo esta perspectiva —es decir, contemplando al esquizofrénico (o algunas veces a sus parientes) en busca de un psiquiatra mejor, que es un fenómeno totalmente post-kraepeliniano y post-bleuleriano, muy parecido a la búsqueda de los casados infelices o al de los recientemente divorciados, que buscan una pareja mejor —podemos entender ciertas nuevas características de la psiquiatría moderna. Quizá lo que nos haga más efecto entre ellas, es la aparición y la desaparición, a menudo en una rápida sucesión, de las promesas de una nueva cura para la esquizofrenia (y otras psicosis), cada una de ellas vinculadas al nombre de un psiquiatra ambicioso y mentiroso. Estos psiquiatras, armados con sus nuevos “tratamientos”— que ofrecen añadirlos al “armamento” de los demás métodos psiquiátricos, promete curar al esquizofrénico, y por lo tanto, restaurar, de un sólo tiro, no sólo su salud mental, sino también su fe (y la de todos los demás) en el matrimonio psiquiátrico. Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Marguerite Sechehaye, John Rosen y Ronald Laing, se cuentan entre las figuras más conocidas que han prometido efectuar curas de la esquizofrenia en aquellos en que otras han fallado; quienes, en otras palabras, son como el hombre que promete a una mujer casada infelizmente una vez, dos veces o varias veces, la

verdadera felicidad, en un nuevo matrimonio con él. Pero esta clase de seducción terapéutica sólo es eso; aunque no deseo negar que algunos psiquiatras puedan, de hecho, ayudar más a sus clientes que otros, quiero enfatizar que lo que pueden lograr no excede los límites impuestos por sus propios papeles de "terapeutas" y por los papeles de sus propias parejas de "pacientes". Para decirlo sencilla y claramente, así como las esposas no pueden recuperarse del matrimonio mientras tengan maridos, tampoco los pacientes mentales pueden recuperarse de la psicosis (o de cualquier otra enfermedad mental) mientras tengan psiquiatras.

Esta interdependencia entre los esposos y las esposas, entre los psiquiatras y los pacientes mentales —tan dañina para la independencia personal de cada uno de ellos, y tan beneficiosa para el matrimonio y la psiquiatría— ahora es cada vez mejor apreciada. Este creo yo, es el por qué existen ahora, más que nunca antes en la historia, dudas profundas y cada vez más penetrantes sobre el matrimonio y la psiquiatría —entre ambos, hombres y mujeres, y ambos, psiquiatras y pacientes. Los liberadores de la mujer han vuelto a hacer hincapié en la opresión, tan vieja como el mundo, que sufren las mujeres por parte de los hombres, pero han tenido la valentía de ir más allá, de reconocer que las mujeres han explotado su posición de esclavas, y que la única manera de acabar con su sometimiento es por medio de su independencia económica y personal de los hombres. Esto quiere decir que no debería esperarse que las mujeres fueran mantenidas por los hombres como esposas, sino que debe esperarse que se mantengan a sí mismas por medio de un trabajo salarial en el mercado. De la misma manera, los liberadores del paciente mental han vuelto a hacer hincapié en la opresión, tan vieja como el mundo, que sufren los pacientes mentales institucionalizados por parte de los psiquiatras institucionales, pero ellos también, han tenido la valentía de ir más allá, de reconocer que los pacientes mentales han explotado sus posición de esclavos, y que la única manera de acabar con su sometimiento es por medio de su independencia económica y personal de los psiquiatras. Esto quiere decir que los "psicóticos" no deberían esperar que los mantuvieran los psiquiatras (la sociedad) como pacientes, sino que deberían mantenerse a sí mismos por medio de un trabajo salarial en el mercado. En la medida en que las

mujeres y los psicóticos no puedan, o no hagan por liberarse a sí mismos, permanecerán esclavizados a los hombres que las “aman” y a los psiquiatras que los “tratan”.

La adaptación del paradigma del matrimonio a los problemas de la medicina, y en especial de la psiquiatría, es revelada dramáticamente por la reciente metamorfosis de ambas, la relación marital y la relación médica: durante el siglo pasado, los matrimonios arreglados se transformaron en matrimonios en los que las parejas elegían; y las parejas médicas que eran elegidas por cada miembro se transformaron en “matrimonios arreglados”.

En la Europa victoriana, entre las clases media y alta, hubiera sido impensable que la relación médica pudiera ser impuesta, ya fuera en el paciente o en el doctor. La “libertad para escoger al médico” que tenía el paciente, era el símbolo sagrado de la medicina como una “profesión libre”, mientras que su corolario, la libre elección del paciente por el médico (excepto bajo ciertas condiciones especiales de emergencia), era demasiado obvia para ser articulada. En la misma época y entre las mismas clases, hubiera sido también impensable que la relación matrimonial pudiera basarse en la libre elección de los compañeros. El matrimonio, según se creía, era una institución que afectaba a innumerables individuos, sin lugar a dudas a toda la sociedad, y no sólo a la esposa y el marido en perspectiva; hubiera estado mal, por lo tanto, dejar la selección de las parejas adecuadas sólo en las manos de los compañeros que debían casarse. En particular, el matrimonio afectaba al padre de la novia, quien proporcionaba su dote. Ya que la mujer joven no financiaba su matrimonio, ¿cómo podía ella, y por qué debía, ella, tener la libertad de decidir con quién debía casarse? ¿No es razonable dejar que el que paga la orquesta sea el que escoja la tonada, o por lo menos que sea el que diga las tonadas que son aceptables? Finalmente, la gente creía —y, ¿quién puede culparlas?— que la elección de un buen compañero de matrimonio era una tarea demasiado difícil para dejarla en manos de personas tan jóvenes y con poca experiencia, como generalmente lo eran los esposos y las esposas en perspectiva.

Ahora contemplamos estos argumentos que apoyan al matrimonio arreglado como anticuados y absurdos, y nos

vanagloriamos de nuestra “emancipación” y “modernidad”, ya que hemos adoptado como nuestro ideal moral del matrimonio al paradigma de la libre elección efectuada por los compañeros. No nos damos cuenta de que, de hecho, hemos cambiado las parejas arregladas del matrimonio por las parejas médicas arregladas, ya que, aunque ahora creemos en la Ubre elección efectuada por los compañeros del matrimonio, ya no creemos en la libre elección efectuada por los compañeros médicos. En ambas sociedades, la libre y la totalitaria, hemos acabado por aceptar el paradigma de la pareja médica que originó la psiquiatría —es decir, que la pareja es prescrita por las autoridades profesionales, las legales y las sociales, en vez de ser creada a través de la elección personal de los participantes por sí mismos. La explicación y la justificación contemporáneas de esta medicina arreglada son además, exactamente las mismas que la explicación y la justificación del matrimonio arreglado de hace un siglo.

La medicina, según esta “explicación”, es una institución que afecta a innumerables personas además del paciente y el doctor; por lo tanto, sería malo dejar que la relación médica fuera determinada libremente por estas dos partes. Específicamente, la relación médica afecta a los empresarios, a las compañías de seguros y al Estado, quienes a menudo pagan los cuidados del hospital y los servicios del médico; ¿cómo pueden entonces, estas partes, ser excluidas de una decisión como ésta? Además, ahora generalmente se cree que la elección de los compañeros médico es una tarea demasiado difícil para que se deje sólo en manos de la pareja. El paciente es demasiado ignorante, y el médico es demasiado ambicioso; el primero tiene demasiada credibilidad y el último está demasiado dispuesto a embaucarlo. Es mejor, por lo tanto, que a semejanza de la novia y el novio del pasado, el paciente y el doctor sean asignados uno al otro por medio de sus superiores. La práctica de la psiquiatría institucional, y la de la medicina en general han sido formadas, por lo tanto, cada vez más a través de las Legislaturas, las Cortes y las compañías de seguros. Los ejemplos ilustrativos abundan: el aborto es un crimen prohibido por el Estado un día, y es un tratamiento apoyado por el Estado al día siguiente; las píldoras de control natal y los cigarrillos se considera que no tienen peligro, mientras que los ciclamatos y el Laetrile no son

considerados así; tomar heroína es una enfermedad, pero tomar methadone es un tratamiento[53].

El resultado de estos cambios trascendentales en lo cultural y lo económico ha sido una completa metamorfosis, durante el siglo pasado, de ambas relaciones: la marital y la médica —una cambiando a la pareja de arreglada en de libre elección; la otra, de la libre elección de la pareja a la arreglada[54]. Este intercambio entre el patrón matrimonial y el médico, en lo que se refiere a la formación de las parejas, ha sido más total en la Rusia soviética, y más repentino en el Japón de la postguerra mundial. Unos cuantos comentarios breves sobre cada uno de ellos deberían ayudamos a ampliar nuestra comprensión de estos profundos cambios sociales.

Hasta el advenimiento del comunismo en 1917, los matrimonios rusos se conformaban al patrón tradicional desarrollado en la Europa feudal, y estaban por supuesto, bajo el estricto control de la Iglesia Ortodoxa rusa. El matrimonio era arreglado, el marido tenía poderes tiránicos sobre la esposa, y no existía el divorcio. Al mismo tiempo, la medicina, hasta donde era posible, era un servicio dispensado a través del modelo del capitalismo libre: aquéllos que podían pagar por los servicios médicos, podían comprarlos de la misma manera que podían comprar cualquier otro servicio; aquéllos que no podían hacerlo, tenían que escoger entre quedarse sin tales servicios, o aceptarlos como caridad. La medicina, por lo tanto, era libre, no en el sentido moderno de que tales servicios están a disposición de la gente, bajo el auspicio y el control del Estado, sino en el sentido antiguo de que la relación era iniciada libremente y terminada libremente por ambos: el paciente y el médico.

Con la abolición de la propiedad privada y del mercado libre, los motivos ideológicos más poderosos del comunismo vinieron a apoyar la destrucción de ambos: la del matrimonio arreglado, y la del procedimiento capitalista para proporcionar cuidados médicos. Ambos, el matrimonio y el divorcio, le fueron retirados a la autoridad clerical y puestos bajo la autoridad civil. El patrón del matrimonio fue transformado, por lo tanto, de un arreglo hecho por los padres y los familiares, a una auto-selección efectuada por los compañeros de matrimonio. Las reglas para el divorcio, ahora en manos del Estado, fueron relajadas, pero las posibilidades reales de divorcio variaban de tiempo en tiempo, dependiendo de la política

familiar que persiguieran los gobernantes comunistas.

Paralelo a este cambio en la relación matrimonial, la relación médica fue retirada del sector privado y puesta bajo la mirada vigilante del Estado, a semejanza del matrimonio que había estado bajo la de la Iglesia. La libre elección hecha por el paciente y el médico, se convirtió bajo el comunismo en un absurdo, de la misma manera que lo había sido la libre elección de una esposa y un esposo en perspectiva bajo la Rusia cristiana. En pocas palabras, los matrimonios rusos solían ser arreglados y ahora son libres; mientras que la medicina rusa solía ser libre y ahora es arreglada. La relación médica puede ser iniciada o terminada por ambos: el paciente y el médico, sólo si se arregla y autoriza por medio de sus superiores (quienes son agentes burocráticos del Estado), o si puede justificarse frente a éstas autoridades el deseo de hacerlo.

En Japón, ambas: la tradición matrimonial y la práctica psiquiátrica, permanecieron relativamente estables hasta fines de la Segunda Guerra mundial. Entonces, ambas cambiaron dramáticamente. De acuerdo con Landis, entre todos los países del mundo, "el cambio más grande de los matrimonios arreglados a los de otro tipo, tuvo lugar en Japón después de la Segunda Guerra mundial, en donde previamente todos los matrimonios eran arreglados"[55]. Este cambio está relacionado de una manera sorprendentemente cercana con la extensión rápida y masiva, en este país y durante la misma época, de los principios y las prácticas de la psiquiatría institucional.

Tradicionalmente, el cuidado de los llamados pacientes mentales en el Japón era, como mencioné antes, no una cuestión médica, sino de familia[56]. La llamada "ley de encarcelamiento privado"[57] —un término revelador, sin duda— daba el poder a las familias para confinar a algunos de sus miembros en "celdas" dentro de sus propias casas, donde eran cuidados bien o mal, según el caso, por los parientes y la servidumbre. Era, en efecto, un sistema informal y no médico, de cuidado y control "psiquiátricos". Aunque la medicina japonesa recibió la influencia de la psiquiatría Kraepeliniana a principios del siglo XX, no fue sino hasta el final de Segunda Guerra mundial cuando se occidentalizó y medicalizó por completo. Tal y como lo explica Masaki Kato:

Al mismo tiempo que ocurrió el desarrollo de la industrialización y la

urbanización en Japón, los pacientes psiquiátricos fueron rechazados por sus familias y por la sociedad, y el número de camas psiquiátricas ha aumentado rápidamente, por ejemplo, de cuatro camas por cada 10.000 en 1954, a 25 en 1972, lo que quiere decir un incremento de más de seis veces en las camas psiquiátricas por población[58].

Es en especial significativo que este gran incremento en las camas psiquiátricas, ocurriera en Japón precisamente durante el periodo en que el número de pacientes mentales hospitalizados en los países occidentales, en especial en los Estados Unidos, se redujo de una manera precipitada, y en algunos Estados a un 50% o más.

Por lo general, los psiquiatras occidentales mantienen que la disminución de los pacientes mentales en los hospitales de sus países, se debe a la efectividad terapéutica de las fenotiazinas, que fueron introducidas en la psiquiatría durante los años cincuenta. Sin embargo, ya que estas drogas también han sido ampliamente utilizadas en Japón, esta pretensión no es convincente, por no decir más. Parece claro que las parejas psiquiátricas entre los psicóticos y los psiquiatras, lo mismo que las parejas matrimoniales entre las esposas y los esposos, están por lo tanto, tan profundamente afectadas y sin duda reguladas por los contextos económicos, legales y sociales en los que se desarrollan, que sería tan absurdo atribuir el incremento de las altas de los hospitales al Thorazine, como lo sería el atribuir el incremento de los divorcios al Valium.

El modelo del matrimonio aplicado a la red de la locura que yo estoy proponiendo, me parece que es una herramienta indispensable para poder acabar con nuestras confusiones psiquiátricas actuales sobre la esquizofrenia. Tal y como ahora reconocemos que el aparearse es la causa y la consecuencia de la relación del esposo con la esposa, o del santo matrimonio, también deberíamos reconocer que la locura es la causa y la consecuencia de la relación del psicótico con el psiquiatra, o del matrimonio psiquiátrico.

En algunas sociedades, el aparearse fuera del matrimonio está prohibido y se llama, por ejemplo, “fornicación”. De la misma manera, en algunas sociedades la locura fuera del asilo está prohibida y se llama, por ejemplo, “peligrosa para sí mismo y para otros”. El hecho de que ambos tipos de actos —es decir, la “fornicación” y “el ser peligroso para sí mismo y para otros”—

florezcan de hecho, fuera de los muros de estas instituciones, sólo sirve para reforzar las protecciones ilusorias que proporcionan el matrimonio y el asilo contra las inseguridades inexorables y las vicisitudes de la vida. Además, de la misma manera que el matrimonio sin un certificado de matrimonio no sería un matrimonio para nada; la locura, sin un certificado de locura —un certificado de confinamiento, o por lo menos un diagnóstico psiquiátrico de prohibición— no sería locura para nada. Estos solemnes actos ceremoniales transforman al ciudadano en un "paciente psicótico", a su protector-perseguidor en un "médico-psiquiatra", y a la relación entre ellos en "el tratamiento de la esquizofrenia (u otras) psicosis". Este es el por qué creo que, de la misma manera que no tenía sentido el que hubiera protección de las mujeres contra los maridos, y viceversa, mientras las mujeres no fueran completamente libres para romper los lazos del matrimonio sagrado que las ataban a sus compañeros, tampoco tiene sentido el que haya protección de los pacientes mentales contra los psiquiatras institucionales (y viceversa), mientras las personas acusadas de enfermas mentales no sean completamente libres para romper los lazos del matrimonio psiquiátrico que las atan a sus parejas.

Además, de la misma manera que ahora reconocemos que las condiciones y los papeles tradicionales de la mujer como persona socialmente inadecuada, o sin pareja, eran ambas la causa y la consecuencia de los matrimonios arreglados, también deberíamos reconocer que las condiciones y los papeles modernos de ciertas personas socialmente inadecuadas, o sin pareja, que ahora a menudo son llamadas "esquizofrénicas", son la causa y la consecuencia de la psiquiatría arreglada: en cada caso, el cuidado y el control de una parte por la otra se asegura al elevar al compañero dominante y al rebajar al compañero sometido, y al hacer que el primero sea coercitivo e intolerante, y el último sea obediente e intolerable. El matrimonio arreglado era, por supuesto, el patrón marital característico de las sociedades feudales y patriarcales. La medicina arreglada, que se desarrolló primero en la psiquiatría, es el patrón médico característico de las modernas sociedades igualitarias (nominales). En general, mientras más aparentemente igualitaria sea, o aspire a ser, una sociedad, tendrá que recurrir más al control por medio de los patrones médicos y psiquiátricos

arreglados de las parejas prescritas —efectuadas por obligación, financiadas por el Estado, y reguladas por el Estado.

En ambas, la relación matrimonial y la médica, cada parte está, por supuesto, sujeta a perder el control de la relación. En el matrimonio arreglado era típicamente la mujer quien perdía el control de la relación, se sometía o se rebelaba, y a menudo acababa por desquitarse de la dominación del marido, atormentándolo. En ocasiones, el marido perdía el control de la esposa o de su familia, y era entonces él quien reaccionaba de una manera inadecuada, con "enfermedad mental", o con agresión suicida.

De la misma manera, en el matrimonio psiquiátrico arreglado de la psiquiatría institucional, era típicamente el paciente quien perdía el control de la relación, se sometía o se rebelaba, y a menudo acababa por vengarse de la dominación del psiquiatra, atormentándolo con su incurabilidad. En ocasiones, el psiquiatra perdía el control del paciente o de su familia, y era entonces él quien reaccionaba con confusión, con "enfermedad mental" o con "agresión suicida".

Los arreglos médicos modernos de tipo socialista, comunista, o financiados por el Estado —en los que la relación entre el paciente y el médico es arreglada para éstos, ambos pierden el poder de controlarla: el paciente normalmente más a menudo que el doctor— siguen el patrón característico de las parejas del matrimonio arreglado y las de la psiquiatría arreglada. Mientras el paciente no pague por los cuidados que recibe, pierde en gran medida el control sobre ellos; mientras el médico no sea pagado por el paciente, él también pierde el control de la relación, normalmente a favor del que le paga a él. Por lo tanto, mientras que en el pasado las esposas habían sido controladas por sus maridos, y los maridos por la institución del matrimonio; hoy en día los pacientes están controlados por sus médicos, y los médicos por la institución de la medicina.

Parece mejor visualizar todos estos cambios —y especialmente el del intercambio del matrimonio arreglado por la medicina arreglada — como manifestaciones de la profunda metamorfosis económica y social de las sociedades modernas. El clan y la familia, como instituciones significativas de control social, están desapareciendo y

son reemplazadas por una vieja institución que tiene una forma nueva: la Medicina, que tradicionalmente era una institución para curar la enfermedad, se ha convertido en una institución para controlar las desviaciones.

Finalmente, y quizá sea lo más importante, el modelo del matrimonio aplicado a la red de la locura, nos ayuda para explicar, y evitar, ambas cosas: las mitologías "originales", y las contramitologías compensatorias características de las parejas humanas basadas en los patrones de dominación-sumisión. Sin tener en cuenta si estas parejas son entre hombres y mujeres, entre amos y esclavos, o entre doctores de locos y locos, en cada caso nos encontramos con la misma clase de imagen justificadora de la superioridad del opresor, y con la misma clase de contra-imagen justificadora de la superioridad del oprimido[59].

En pocas palabras, aunque la esquizofrenia no es una enfermedad, el término *esquizofrenia* no está necesariamente, falto de sentido: así como el término *matrimonio*, normalmente se refiere a una compleja y muy variable —de tiempo a tiempo, de clase a clase, y de cultura a cultura— serie de actos por parte de los "pacientes", de los "psiquiatras", y de la audiencia que los anima o los desanima y atestigua sus actuaciones. Podemos, si queremos, dedicamos a hacer un nuevo esfuerzo que nos lleve a entender estos actos y relaciones, para alterarlos de la manera que consideremos deseable. Pero no podemos hacerlo mientras seamos psiquiatras. Así como los maridos y las esposas se crean el uno al otro a través del vínculo existencial que hay entre ellos, los locos y los doctores de locos también se crean el uno al otro del mismo modo. Es aquí donde yace la tragedia médica, y el reto moral, de la psicosis y de la psiquiatría.

CAPÍTULO V

LOCURA, MAL COMPORTAMIENTO Y ENFERMEDAD MENTAL: UNA REVISIÓN Y UN REPLANTEAMIENTO

En los capítulos previos he rastreado el desarrollo de la psiquiatría moderna; he reconstruido el origen y la naturaleza de la antipsiquiatría; he revisado el presente status del concepto de la esquizofrenia, y he recomendado el apareamiento social prescrito de marido y esposa en el matrimonio, como un paradigma válido para el apareamiento del psiquiatra y el psicótico en la psiquiatría. En este capítulo quiero volver a los orígenes de la psiquiatría, volver a considerar sus "progresos" hasta la actualidad, y volver a formular mi tesis bajo una perspectiva histórica y filosófica más amplia.

El primer paso en la historia de la psiquiatría fue la construcción de los asilos para locos o manicomios[1]. Esto creó dos poblaciones simétricas: un grupo, el más grande, que comprendía a los internos de los asilos de locos; y el otro, el más pequeño, que comprendía a los directores o superintendentes de tales asilos, y a los guardianes que trabajaban bajo sus órdenes. La conducta de ambos grupos creó la necesidad de describirla y explicarla.

Entonces se generó el segundo paso que consistía en la identificación y la clasificación, por parte de los guardianes, de ambas conductas: la de sus internos, y la suya propia. Estos actos de nombrar y ordenar —que resultaron en la categorización de los internos como peligrosos y perturbados, y en la de los guardianes como amables y serviciales— proporcionaron una racionalización científica para las ficciones de los guardianes de manicomios, y una justificación legal para los grilletes que utilizaban para confinar a

sus víctimas[2].

El tercer paso —que surgió durante la era del llamado "tratamiento moral" en la psiquiatría, y que se mantuvo aproximadamente durante toda la primera mitad del siglo XIX— consistió en el cada vez mayor reconocimiento explícito de que, por un lado, los locos estaban categorizados como locos a causa de su mal comportamiento, y no a causa de que estuvieran enfermos; y en el reconocimiento, por el otro lado, de que se esperaba que los alienistas enseñaran a los locos a comportarse apropiadamente, en vez de curarlos de alguna enfermedad real[3]. Sin embargo, esta imagen y política eran inconsistentes con los hechos de que, aunque los doctores de locos actuaban más como guardianes que como médicos, eran, en lo principal, doctores médicos; y de que, aunque los locos y las locas fueran privadas de su libertad eran, de hecho, inocentes de cualquier maldad legalmente adjudicada. Las presiones generadas por estas inconsistencias, junto con el rápido desarrollo de la medicina científica, en especial de la patología, a principios del siglo XIX, condujeron al desarrollo subsecuente de la psiquiatría.

El siguiente, o cuarto paso, por lo tanto, consistía en medicalizar —es decir, psicopatologizar— la mala conducta de los internos de los asilos de locos, y de su medicalización correspondiente —es decir, de psicoterapeutizar el comportamiento de las personas encargadas de su "cuidado". Esto condujo a la psicopatologización de muchas clases de comportamiento exhibidas por las personas dentro y fuera de los asilos (por ejemplo, las "neurosis" y las "perversiones"), y a la psicoterapeutización de muchas clases de comportamiento exhibidas por los médicos dentro y fuera de las instituciones mentales (por ejemplo, la "hipnosis" y la "electroterapia"). Con la tierra tan bien fertilizada, un abundante florecimiento de nuevas enfermedades mentales y tratamientos estaba listo para la cosecha. La primera cosecha produjo numerosas nuevas especies de síndromes y clases psicopatológicas, como son: la *dementia praecox*, la psicosis maníaco-depresiva, y la esquizofrenia, asociadas a los nombres de Kraepelin y Bleuler. La siguiente cosecha, como si fuera de una manera rotante, produjo numerosas nuevas especies de métodos psicoterapéuticos, como: la hipnosis, el psicoanálisis, y el *shock* de insulina, asociados a los nombres de Janet, Freud y Sakel[4].

El siguiente, o quinto paso, que empezó más o menos alrededor de la Primera Guerra mundial, consistió en la literalización de lo que hasta entonces había sido entendido como el vocabulario metafórico de la psiquiatría. Desde ahí en adelante, los pacientes mentales fueron considerados como enfermos porque tenían diagnósticos como "esquizofrenia", y su confinamiento se consideró justificado porque tenía lugar en edificios llamados "hospitales". Esta era de la psiquiatría diría postguerra Mundial primera, se caracterizó por la obstinada insistencia de los psiquiatras en ver lo que no existe —es decir, las lesiones orgánicas, o bases somáticas, de las enfermedades mentales; y en no ver lo que sí ocurre— es decir, la encarcelación injusta e injustificable de personas inocentes en los asilos de locos. La conceptualización de la "esquizofrenia" como una enfermedad (mental) se convirtió, por lo tanto, en el símbolo sagrado de la psiquiatría institucional, y la verdadera naturaleza de las instituciones psiquiátricas cerradas se convirtió en el tabú sagrado de la psiquiatría "científica". De ahí en adelante, los médicos y los psiquiatras, lo mismo que los abogados y los legos, desviaron sus ojos del mundo y los fijaron en el cielo: mientras más obvio se hacía que los esquizofrénicos eran encarcelados, menos atención prestaban a su encarcelamiento los psiquiatras, y lo demás; y mientras más difícil resultaba descubrir las lesiones del cerebro que causan la esquizofrenia, los psiquiatras y los demás estaban más resueltos a perseverar en su búsqueda.

El sexto paso, empezó en los años 1930, y se convirtió en la moda predominante después de la Segunda Guerra mundial. Consistió en el desarrollo de las llamadas terapias orgánicas —primero para la esquizofrenia, después para otras "psicosis", y antes de mucho tiempo, para todas las enfermedades mentales. Ya que después de un siglo de búsqueda los psiquiatras todavía no podían demostrar la histopatología característica, ni mucho menos la etiología orgánica, de la esquizofrenia, se lanzaron entonces a "probar" que era una enfermedad, sometiendo los esquizofrénicos a varios procedimientos médicos y quirúrgicos llamados "tratamientos".

El desarrollo de la psiquiatría moderna, por lo tanto, no sólo difiere del de la medicina moderna, sino que le es antitético. Con la

única excepción de la segregación de los leprosos (que ocurrió mucho antes del nacimiento de la medicina moderna), nunca ha existido —ni en la medicina ni en la cirugía—, ninguna clase de institucionalización sistemática involuntaria de los pacientes; ni tampoco ha existido una proliferación sistemática de nombres de enfermedades creados independientemente de sus correlativos anatómicos, bioquímicos, microbiológicos, o fisiológicos. Por ejemplo, hasta tiempos relativamente recientes, los médicos hablaban de "enfermedades venéreas" en general; la genuina clasificación de estas enfermedades ocurrió sólo después de que los descubrimientos en la microbiología proporcionaron las herramientas necesarias para hacerla. La operación del mismo principio es aparente en la identificación y la clasificación de todas las enfermedades corporales: es decir, los cambios macroscópicos patológicos en los órganos, los cambios microscópicos en los tejidos o las células, las invasiones microbianas, etc., se observan primero; y el nombrar de una manera precisa a las enfermedades ocurre después. Esta secuencia ha sido invertida y corrompida sistemáticamente en la psiquiatría: el nombrar de una manera precisa, o más bien pseudoprecisa, a las pretendidas enfermedades, ocurrió primero; y la existencia de la patología morfológica fue postulada, pero nunca se descubrió.

De ahí la fabricación sin límites de nombres para las enfermedades en la psiquiatría, junto con una total falta de evidencia de que alguna de ellas —desde la agorafobia a la esquizofrenia— sea causada por lesiones del cerebro demostrables a partir del modelo de la paresia[5]; es el mayor escándalo científico de nuestra era científica[6].

En pocas palabras, la esquizofrenia no existe. La esquizofrenia no es una enfermedad, sino que sólo es el nombre de una pretendida enfermedad. Aunque no hay esquizofrenia, hay, por supuesto, innumerables individuos que son llamados "esquizofrénicos". Muchas (aunque no todas) de estas personas a menudo se comportan y hablan de maneras que difieren del comportamiento y el habla de muchas (aunque no de todas) de las otras personas que las rodean. Estas diferencias en el comportamiento y en el habla, pueden, además, ser gravemente perturbadoras ya sea para la persona llamada esquizofrénica, o para

aquéllos que la rodean, o para todos los que tienen que ver con ella.

¿Qué tiene que ver esto con la medicina, o con una psiquiatría que es aparentemente una especialidad médica? La respuesta es: nada. La articulación de diversas aspiraciones y la resolución de los conflictos que generan, pertenecen al dominio de la ética y la política, de la retórica y la ley, de la agresión y la defensa, y de la violencia y la guerra. Lo mismo que la medicina, la psiquiatría puede, por supuesto, contribuir a los esfuerzos de las partes en conflicto. Pero, a diferencia de la medicina, esto es todo lo que puede hacer la psiquiatría. En otras palabras, de la misma manera que es una equivocación el confundir la guerra química con la ciencia médica, también es una equivocación el confundir la psiquiatría con la medicina.

Ya que la esquizofrenia es el símbolo sagrado, y su diagnóstico es el ceremonial sagrado, de la psiquiatría tradicional de Kraepelin y Bleuler, las premisas éticas y epistemológicas en que se basa este concepto no podían ser, ni articuladas, ni puestas en duda —a menos que el que lo hiciera estuviera dispuesto, a arriesgarse al ostracismo psiquiátrico y, a renunciar a su papel como psiquiatra. No es sorprendente entonces, que los psiquiatras dejen por la paz estos aspectos sagrados de la esquizofrenia. La sociedad moderna, y sus ciencias acreditadas, no proporcionan ni incentivo, ni recompensas, para aquéllos que se sientan inclinados a asumir una postura verdaderamente crítica con respecto a la psiquiatría.

Sólo existe una figura principal, en la psiquiatría moderna, que ha puesto en duda las teorías fundamentales de la psiquiatría y, aunque su escrutinio de ellas fue extraordinariamente restringido, pronto dejó la psiquiatría por la filosofía. Me refiero, por supuesto, a Karl Jaspers (1883-1969) quien, en su *Psicopatología General* —publicada por primera vez en 1913, y cuya séptima edición es de 1946— ofreció los siguientes comentarios trascendentales:

> En las enfermedades físicas nos parecemos tanto a los animales, que los experimentos en estos últimos pueden ser *utilizados* para llegar a una comprensión de las funciones corporales vitales de los humanos, aunque la aplicación no puede ser ni sencilla ni directa; por el contrario el concepto de la enfermedad física humana introduce una dimensión totalmente nueva. Aquí, el estado incompleto y la vulnerabilidad de los

> seres humanos, y su libertad, y sus posibilidades infinitas, son en sí mismas una causa de enfermedad. En contraste con los animales, el hombre carece de un patrón innato, perfeccionado, de adaptación. Tiene que adquirir una manera de vivir a medida que transcurre su vida[7].

Aunque en este libro, que ha permanecido como un clásico psiquiátrico en Alemania, Jaspers escribe como un "psicopatólogo fenomenológico", su reserva a sus propios logros se deja entrever en unas pocas frases —escondidas entre miles de otras, dentro de sus 900 páginas— como, por ejemplo, en las siguientes: "Nuestra propia era se caracteriza por el hecho de que los psiquiatras están ahora realizando de una manera secular, lo que antes se realizaba en los terrenos de la fe"[8]. Jaspers, sin embargo, no da el siguiente paso, que consistiría en decir que, si esto es así, el ciudadano de una sociedad moderna —libre y secular— merece tener tanta protección del Estado contra la coerción de los psiquiatras, como la tiene contra la coerción de los sacerdotes. Sin embargo, Jaspers sí registró la realidad de la práctica psiquiátrica tal y como la veía entonces; y, tal y como la puede ver cualquiera que tenga interés en la actualidad:

> El tratamiento racional no es en realidad una meta factible, ya que contempla a la mayoría de los pacientes mentales en el sentido estricto. Sólo puede existir la protección del paciente y de la sociedad a través de la admisión a un hospital… La admisión a un hospital a menudo tiene lugar contra la voluntad del paciente y, por lo tanto, el psiquiatra se encuentra en una relación distinta con respecto a su paciente que los demás doctores. Trata de hacer esta diferencia tan pequeña como le es posible, al enfatizar, deliberadamente, su acceso netamente médico hada el paciente; pero este último, en muchos casos, está bastante convencido de que está sano, y se resiste a estos esfuerzos médicos[9].

Quizá porque vio la enormidad de este escándalo, es decir, el golfo que separa a la pretendida psiquiatría de la sencilla verdad; quizá porque no podía ni adoptar, ni rechazar, el "proteccionismo" paternalista que existía, es decir, que formaba, y forma una parte tan integral de la psiquiatría; quizá por razones personales (tenía una salud frágil en su juventud, aunque vivió hasta llegar a viejo); o quizá por toda estas razones juntas, Jasper dejó la psiquiatría cuando tenía poco más de 30 años[10].

Ya que el diagnóstico psiquiátrico, especialmente en sujetos involuntarios, es un acto humano que toma lugar en un complejo contexto de intereses conflictivos, es necesario nombrar ahora, de una manera sistemática, las premisas éticas, legales, y políticas, que yacen bajo: la psiquiatría tradicional europea, la psiquiatría institucional americana, y la psiquiatría en general; tal y como se practican en la actualidad a través de todo el mundo.

Primero, el diagnóstico de la esquizofrenia (y también aquél de otras psicosis, y el de las enfermedades mentales en general), puede basarse en los "síntomas de comportamiento" de los pretendidos pacientes. Se puede hacer, además, y mantenerse indefinidamente —incluso después del examen post-mortem— a pesar de la ausencia de histopatología o fisiopatologia demostrables. En otras palabras, el hecho es que no hay un método u observación "objetivos" a través de los cuales, cualquiera pueda demostrar que una persona en particular, diagnosticada como esquizofrénica, no es esquizofrénica, y a pesar de ello, esto no impide de ningún modo, que la "esquizofrenia" sea aceptada como un diagnóstico médico (psiquiátrico).

Segundo, el sujeto —el llamado "paciente esquizofrénico"— no tiene derecho a rechazar el diagnóstico, ni el proceso de ser diagnosticado, ni el tratamiento aparentemente justificado por el diagnóstico. La idea misma, en este esquema psiquiátrico, de los "derechos" del paciente psicótico es tan absurda, como la idea, en el esquema de la esclavitud, de los "derechos" del esclavo.

Tercero, el paciente esquizofrénico es, normalmente, considerado como "peligroso para sí mismo y para otros", de maneras indefinidas e indefinibles, pero que son diferentes de aquéllas en las que otras personas son, o todos somos "peligrosos para nosotros mismos y para otros".

Cuarto, las anteriores características del paciente "esquizofrénico" —y en especial la naturaleza de su "enfermedad" y su "peligrosidad"— requieren psiquiátricamente, y legalmente justifican, su confinamiento involuntario en una institución mental.

Estas son, entonces, las premisas esenciales éticas, legales, y políticas, de la psiquiatría —es decir, de la psiquiatría tradicional de los asilos, así como de la psiquiatría institucional moderna. Para apreciar su significancia, comparémoslas y contrastémoslas con las

premisas pertinentes de la medicina —es decir, de la medicina tradicional del siglo XIX, así como de la medicina moderna de los hospitales— que pueden ser resumidas como sigue:

Primero, el criterio y el contenido de lo que constituyen la enfermedad y el tratamiento, pueden ser definidos de distintas maneras, por cualquiera o por todas las partes interesadas e involucradas en ellos: el paciente, los parientes del paciente, el doctor, la profesión médica, la Iglesia, el Estado, etc.

Segundo, personalmente, el médico puede basarse para efectuar el diagnóstico de la enfermedad, en cualquier criterio que desee, desde el propio sufrimiento del paciente, hasta el sufrimiento que le causa a otros. Profesionalmente, debe apoyarse en el criterio aprobado por sus iguales. Científicamente, puede sospechar la enfermedad más ampliamente; pero debe diagnosticarla estrechamente, y eso sólo cuando su pretensión pueda apoyarse por medio de evidencia objetivamente comprobable de tipo histopatológico o fisiopatológico. Consideraciones similares son aplicables al criterio de lo que constituye el tratamiento.

Tercero, la enfermedad y sus consecuencias son hechos y también lo son el tratamiento y sus consecuencias. Estos hechos informan e influyen a las justificaciones que crean los pacientes y los médicos, para adoptar o rechazar las diversas intervenciones médicas, y especialmente, los tratamientos. Sin embargo, cuando la medicina se visualiza como una profesión que sirve a los ideales de una sociedad libré, ni la enfermedad, ni el tratamiento, justifican la intervención médica, sólo el consentimiento entre las partes a quienes concierne, lo justifica[11].

Cuarto, ya que el tratamiento consiste en la acción de una persona sobre otra, siempre es, en parte por lo menos, una acción política y ética. Estas dimensiones y dilemas morales de la medicina, pueden ser ignorados o negados —y el drama de la terapéutica moderna es extremadamente efectivo para distraer a la gente de ellos— pero no pueden hacerse desaparecer. Son tan inexorables como las dimensiones y los dilemas morales de la vida misma, los cuales, por supuesto, forman una parte integral de ella[12]. Por ejemplo, ya sea que el embarazo se contemple como una enfermedad o no y el aborto como un tratamiento o no son cuestiones cuyas respuestas no pueden darse a partir de la

información o de la investigación médica.

Hablando en términos estrictos, la medicina puede, y debe, estar preocupada sólo con las manifestaciones y consecuencias histopatológicas o fisiopatológicas de las enfermedades, y sus tratamientos. No puede, y no debe, preocuparse por las manifestaciones lingüísticas y de comportamiento ni por las consecuencias de diferencias personales[13].

Es contra estas bases que pueden ahora articularse y visualizarse las premisas de mi propio criterio sobre los llamados problemas psiquiátricos. Mantengo que la persona profesional, o experto, es, antes que nada, un agente. Nuestro primer deber al formular su papel y su deber, es investigar y aseguramos de quién es agente. Esto reviste especial importancia cuando el experto es —como casi siempre lo es en la psiquiatría— una de las partes en el conflicto. En la medicina tradicional, el médico es, típicamente (e idealmente), el agente de su paciente. En la psiquiatría tradicional, el psiquiatra institucional es, típicamente (e idealmente), el agente de su sociedad. Estos hechos configuran muchos de los fenómenos que ahora contemplamos y tratamos equivocadamente como "enfermedades mentales". Mis propias y relevantes premisas éticas, legales, y políticas, son:

Primero, en una sociedad libre, las relaciones entre los expertos y los clientes deben ser contractuales al máximo, y coercitivas al mínimo. Las intervenciones penales (y ciertas otras medidas coercitivas del Estado, como la recaudación de impuestos, o el enlistamiento de los soldados), deberían distinguirse claramente de aquéllas que buscan los clientes, por su propio beneficio, y están libres de aceptar o rechazar.

Segundo, en tal sociedad, las prácticas psiquiátricas que buscan los "pacientes" y proporcionan los profesionales, y que ambos desean definir como médicas, deberían ser clasificadas de la manera deseada por las partes a quienes conciernen; mientras que aquellas prácticas que cualquiera de las partes rechacen, deberían ser prohibidas por la ley. Las primeras prácticas serían, por lo tanto, como los contratos ordinarios —por ejemplo, una persona contrata a un arquitecto para que le construya su casa, aunque les guste o no les guste, como casa, a sus parientes o amigos— mientras que las

últimas prácticas serían como los crímenes —por ejemplo, como el asalto, o la agresión, o el rapto— y, por lo tanto, deberían ser punibles y penadas por la ley.

Tercero, las palabras y los actos de ambos, el psicótico y el psiquiatra, deberían ser reconocidos con sinceridad por lo que normalmente son: coerciones y contracoerciones —algunas veces en el sentido literal, y algunas veces en el sentido metafórico.

Por lo tanto, como psiquiatras, nuestra tarea al lidiar con el problema de la esquizofrenia es, irónicamente, semejante a la tarea del llamado paciente esquizofrénico al lidiar con el problema de su vida: ambos debemos reconocer nuestras metáforas literalizadas como metáforas. Sin embargo, sólo podemos hacerlo si nos salimos fuera de nuestro propio contexto, si nos tomamos menos seriamente y si tomamos más seriamente a los otros, y si anteponemos nuestra capacidad a nuestro orgullo. Estas son, por supuesto, exactamente las cosas que, de una manera general, ambos, los psicóticos y los psiquiatras, son incapaces de hacer o no desean hacer[14].

En pocas palabras, el loco y el doctor de locos, el psicótico y el psiquiatra, están unidos en un abrazo de mutua coerción, confusión, y confirmación. Por lo tanto, no es que la esquizofrenia sea un problema y la psiquiatría sea su solución, sino que cada una es una faceta de un fenómeno o problema más general —es decir, dé las variedades de la experiencia y la expresión humanas, y de su reglamentación social. No existe el problema de la esquizofrenia para ser solucionado por la psiquiatría; pero existe un problema de la esquizofrenia con la psiquiatría que, la epistemología y la ética, la filosofía y la ley, la sociedad como un grupo y los individuos como agentes morales, deben confrontar con su inteligencia y reconciliar con su conciencia.

EPÍLOGO

ESQUIZOFRENIA: EL SÍMBOLO SAGRADO

De acuerdo con esta imagen idealizada, la ciencia es una institución para probar, atesorar, y enseñar verdades. Pero cualquiera que conozca, aunque sea un poco, la historia de la ciencia, sabe que el comportamiento real de los científicos reales —y, por lo tanto, de la ciencia real en sí misma— se queda corto y no alcanza a llenar este ideal[1]. Y no es sorprendente. Lo que es sorprendente, por lo menos para mí, no es lo lejos que está la ciencia de su promesa de atesorar la verdad y abominar de las mentiras, sino lo cerca que ha estado de logrado.

Es sorprendente, porque la ciencia es, después de todo, una actividad humana; porque los seres humanos son, fundamentalmente, gregarios y religiosos; y porque, como una empresa colectiva, la ciencia toma parte en ciertas características institucionales, que parecen ser indispensables para el mantenimiento de la coerción social y el apropiado *sprit-de-corps* que la sostiene. Sin embargo, estos aspectos humanos de la ciencia —que quizá también la humanizan de maneras valiosas y sutiles— la hacen menos científica. Por supuesto, no sólo hacen que la ciencia no sea científica, sino que la convierten en positivamente religiosa (y también política, económica, etc.) en su carácter. Como resultado de ello, los modelos dominantes o paradigmas de la ciencia, funcionan en parte, como símbolos casi religiosos: ayudan a unir a los científicos que trabajan bajo su protección y guía y que son quienes diseminan sus maravillas; y ayudan a desterrar como herejes a aquéllos que los rechazan o tratan de reemplazarlos. El destino de Ignaz Semmelweis, quien trató, prematura y quizá poco

sabiamente, de destruir el paradigma de los vapores en la medicina y reemplazarlo por el de los agentes infecciosos, puede ser recordado con relación a este asunto. Las reacciones ferozmente hostiles y persecutorias contra él y sus ideas, por parte de los científicos del *Establishment* —y este ejemplo es, por supuesto, sólo una ilustración a la que podrían añadirse muchas más— apoya mi tesis de que los principales paradigmas de la ciencia sirven, entre otras cosas, como símbolos sagrados.

Ya que la ciencia es una empresa humana llevada a cabo por personas que viven en sociedades existentes, me parece inevitable que la ciencia —toda la ciencia— debiera estar bajo el dominio de los valores y las instituciones sociales prevalecientes. En pocas palabras, toda la ciencia está llamada a ser, en alguna medida, la servidora de la Nación —Estado moderno, y su ideología. Sin embargo, mientras el Estado quiera utilizar a la ciencia, y mientras las llamadas leyes naturales sean independientes de la voluntad humana, no compete a los intereses a largo plazo del Estado, el interferir con las metas básicas de búsqueda de la verdad de la ciencia. Si el Estado rehúsa utilizar a aquéllos que pueden ayudarlo, y si además los persigue, como Hitler lo hizo en el caso de los matemáticos, los físicos y los químicos judíos; o si el Estado apoya las falsedades de un fraude científico, como Stalin lo hizo en el caso de Lysenko —entonces, el Estado sufre, y a menudo sufre lo suficientemente rápido como para que tal criterio falso se convierta en excepcional o suicida.

Nada de esto es cierto en el caso de las ciencias sociales, cuyas llamadas leyes no son, de ninguna manera, independientes de la voluntad humana y del poder del Estado. Por el contrario, en estas disciplinas lidiamos en parte con las descripciones de las consecuencias de ciertas distribuciones de poder —en la familia, en el hospital, en la sociedad, etc.— y en parte con las prescripciones, a menudo disfrazadas de descripciones, de la manera en que tales relaciones humanas deberían ser arregladas y llevadas a cabo. Aquí está totalmente dentro de los intereses del Estado el interferir con las metas básicas de búsqueda de la verdad de la ciencia. En las ciencias sociales, el Estado puede utilizar a la ciencia falsa, o fraudulenta, y hacer que funcione: en el oriente, el Estado utiliza el marxismo, cuya “validez” no se cuestiona a pesar de la inferioridad

de la agricultura comunista, o de su industria, con respecto a las capitalistas; en el occidente, el Estado utiliza la psiquiatría institucional, cuya "validez" no se cuestiona a pesar de su inhabilidad para diagnosticar, tratar, o curar la enfermedad mental.

Además, incluso en las ciencias naturales, como Kuhn ha hecho notar, el paradigma no se rechaza sólo porque sea inconsistente con la observación nueva. "Una vez que ha llegado al status de paradigma", escribe, "una teoría científica se declara inválida, sólo si se dispone de un candidato alternativo que pueda tomar su lugar… La decisión de rechazar un paradigma implica siempre, simultáneamente, la decisión de aceptar otro[2].

Estos hechos acerca de la naturaleza de la ciencia, apoyan de una manera decisiva el punto de vista —y sin lugar a dudas, hacen que cualquier otro punto de vista parezca insostenible— de que la ciencia también es, en parte, un asunto "religioso". "El Rey está muerto, viva el Rey", solía decir la gente cuando estaba gobernada por monarcas. "Dios está muerto, viva Marx, Freud, Hitler, Stalin y Mao", dice la gente cuando piensa que ha llegado a prescindir de la religión. Los científicos, incluso los charlatanes científicos, están sujetos, o por lo menos a mí me gustaría sugerirlo, a la operación de este principio: pueden renunciar a un paradigma, sólo si pueden poner otro en su lugar. Y tal cambio tiene un carácter "religioso", como Kuhn mismo reconoce tácitamente: "la transferencia de fidelidad de un paradigma a otro paradigma, es una experiencia de conversión [sic] que no puede ser forzada"[3]. Si esto ocurre en la física y la química, ocurre mucho más en la psicología y las ciencias sociales —que son, en gran parte, ciencias falsas o pseudoreligiones. No estoy diciendo con esto que el carácter de los paradigmas, tanto en la psiquiatría como en la física, no sea modelado o influenciado por los hechos. El paradigma de la paresia en la esquizofrenia fue modelado a causa de los hechos de la neurosífilis. Y cuando este paradigma sea reemplazado por otro, confío en que será modelado a causa de los hechos de la esclavitud psiquiátrica[4].

En pocas palabras, me gustaría concluir, primero, que no puede existir tal cosa como la verdadera ciencia social; segundo, que la función simbólico-religiosa de los paradigmas es mucho mayor en las ciencias sociales que en las ciencias naturales. De acuerdo con esto, la esquizofrenia seguirá siendo el problema central de la

psiquiatría, mientras la sociedad apoye la clase de intervenciones para ella que ahora se definen como terapéuticas, y que son impuestas en las personas diagnosticadas como esquizofrénicas; y dejará de ser un problema cuando la sociedad retire su apoyo de estas intervenciones, y de las instituciones que ahora las promueven y sacan provecho de ellas.

APÉNDICE I

EL PUNTO DE VISTA DE LA ENFERMEDAD MENTAL COMO UNA ENFERMEDAD DEL CEREBRO: UNA CRONOLOGÍA

1650-1750	Se establecen los manicomios, primero a través de Europa, luego a través del resto del mundo civilizado[1].
1750-1850	El comercio de la locura se convierte en un negocio floreciente; se lleva a cabo en manicomios públicos y privados, y es realizado por los médicos, los clérigos, y los legos por igual[2].
1841	Se funda la Asociación (británica) de Oficiales Médicos de Asilos y Hospitales para los Locos, la primera organización "psiquiátrica" en el mundo de habla inglesa. Empieza a publicar su revista, llamada la *Revista del Asilo*, en 1853[3].
1844	Se funda la Asociación de Superintendentes Médicos de las Instituciones Norteamericanas para los Locos. Su primera resolución oficial es: "Se resuelve y es el sentir unánime de esta convención, que el intento por abandonar de una manera total el uso de todos los medios de restricción personal, no está justificado por apelación a los verdaderos intereses del loco"[4]. En 1921 esta organización se convierte

	en la Asociación Psiquiátrica Norteamericana.
1800-1900	La locura (insania) es reclamada cada vez más por los profesionales, y es cada vez más aceptada por el público, como una “enfermedad” y una “degeneración” del cerebro, probablemente causadas por la masturbación[5].
1838	Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) crea una nueva ley para los locos y establece la psiquiatría forense como una empresa legitima médico-legal. “En los inicios del continuo desarrollo de la psiquiatría”, de acuerdo con Karl Jaspers, “surge la personalidad relevante de Esquirol… [proclamaba que] un asilo de locos es un instrumento terapéutico en las manos de un médico capaz, y es nuestra arma más poderosa contra la enfermedad mental”[6].
1845	Wilhelm Griesinger (1817-1868) publica su famosa obra *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten (Patología y terapia de las enfermedades mentales)*, separando a la psiquiatría como una especialidad médica. De acuerdo con Kurt Kolle, “la psiquiatría científica no existía hasta mediados del siglo XIX… El reconocimiento de que los perturbados mentales son personas enfermas… progresó lentamente sólo a partir de fines del siglo XVIII. Este cambio de opinión, y la subsecuente incorporación de la psiquiatría a la medicina, fue registrado en un libro publicado en 1845, por el psiquiatra alemán Griesinger. Él hizo la significativa afirmación… [de que] las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro. Como

resultado del postulado de Griesinger, la psiquiatría se asoció a las ciencias naturales. La patología del cerebro se convirtió en una base importante de la psiquiatría”[7].

1869 Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) describe un cierto patrón de comportamiento entre los internos del hospital mental, lo llama “catatonia”, y lo atribuye a la excesiva masturbación[8]. Catatonia y hebefrenia se convierten, con Kraepelin, en dos formas de *dementia praecox*; y con Bleuler en dos formas de esquizofrenia.

1880 Jean-Martin Charcot (1825-1893) gana el reconocimiento de la profesión médica por la hipnosis como una forma legítima de tratamiento médico en la psiquiatría[9]. Por lo tanto, pavimenta el camino para la aceptación de las psiconeurosis como enfermedades médicas legítimas, y de la psicoterapia y el psicoanálisis como tratamientos médicos legítimos.

1884 Johann Ludwig Wilhelm Thudicum (1829-1901), pionero neuroquímico, proclama el principio que se convertirá en el modelo del concepto psiquiátrico para las “psicosis endógenas” como opuestas a las “psicosis exógenas”; es decir, aquéllas causadas por la ingestión de sustancias intoxicantes, o traumas para el cerebro: “la investigación sobre la química de la enfermedad, para tener éxito, debe ser metódica y perseverante. Sólo puede llevarse a cabo por médicos, requiere del apoyo del Estado, y necesita ser fomentada por el interés de las clases profesionales e intelectuales… Las

	Fosfatidas son el centro, la vida, y el alma química de todos los bioplasmas, tanto en las plantas, como en los animales… Muchas clases de dolores de cabeza son debidos a venenos químicos elaborados dentro del cráneo; o a venenos llevados del cuerpo hacia el cerebro a través de la sangre, ya sean fermentados en el cuerpo, o como el alcohol, la morfina, y el alcohol amílico, formados fuera del cuerpo… Muchas formas de locura son, con seguridad, manifestaciones externas de los efectos de venenos fermentados dentro del cuerpo, en las sustancias del cerebro; de la misma manera que, las aberraciones mentales que acompañan a las intoxicaciones crónicas de alcohol, son los efectos acumulados de un veneno, relativamente sencillo, fermentado fuera del cuerpo. Seremos capaces, no lo dudo, de aislar estos venenos después de que conozcamos la química normal hasta sus últimos detalles. Y entonces vendrán a su turno los descubrimientos finales hacia los cuales todos nuestros esfuerzos deben ser dirigidos, es decir, los descubrimientos de los antídotos a los venenos, y las causas y procedimientos de fermentación que los producen”[10].
1890-1910	La paresia desplaza a la masturbación como la causa paradigmática de la locura.
1893-1895	Joseph Breuer (1842-1925) y Sigmund Freud (1856-1939), rehabilitan la histeria como una “psiconeurosis”, definiendo la falsa enfermedad como una enfermedad en sí misma[11].

1898	Emil Kraepelin (1855-1926) reinvierte e introduce el término *dementia praecox* en la psiquiatría. (El término había sido utilizado en la psiquiatría francesa desde 1860). Contempla la *dementia praecox* como una "enfermedad endógena —es decir, no causada por causas externas. Se creía que estaba causada por algunos cambios orgánicos del cerebro. Kraepelin, más tarde, se inclinó a creer que la *dementia praecox* era de origen metabólico"[12].
1900	Freud publica *La interpretación de los sueños*, transformando a los sueños, que antes eran del dominio de los poetas, en problemas médicos. Tiene éxito en asegurar el reconocimiento médico para un tipo de conversación, llamada "psicoanálisis", como una forma legítima de tratamiento psiquiátrico para ciertos "casos de enfermedad mental"[13].
1904	Alois Alzheimer (1864-1915) publica el primer registro de los cambios histopatológicos característicos en la parálisis general de los locos, o paresia general.
1904	En su libro de texto *Psychiatrie*, Emil Kraepelin afirma que "la infección sifilítica es esencial para la futura aparición de la paresia"[14].
1905	Fritz Schaudinn (1871-1906) demuestra la presencia del *treponema pallidum (spirochaeta pallida)* en las lesiones primarias de la sífilis, y la identifica como el organismo causante de la sífilis.
1906	August von Wassermann (1866-1925) desarrolla el primer test inmunológico para el diagnóstico de la sífilis.
1909	Paul Ehrlich (1854-1915) desarrolla

	el Salvarsán, la primera de las arsfenaminas, para el tratamiento de la sífilis; las arsfenaminas siguen siendo el tratamiento para esta enfermedad hasta que son desplazadas por la penicilina en 1943.
1910	Freud publica su teoría sobre la psicopatología de Leonardo da Vinci[15].
1911	Eugen Bleuler (1857-1930) vuelve a nombrar y extiende la *dementia praecox*, y por lo tanto, inventa "la esquizofrenia"[16].
1913	Hideyo Noguchi (1876-1928) y Joseph W. Moore (1879-1957), demuestran la presencia del *treponema pallidum* en los tejidos del sistema nervioso central de los pacientes con paresia y tabes (o consución).
1917	Julius von Wagner-Jauregg (1857-1940), inocula malaria en su estado tercero a los paréticos, y demuestra el valor terapéutico de la fiebre para el tratamiento de esta enfermedad; recibe el Premio Nobel por ello en 1927.
1917	Emil Kraepelin rearticula la primacía del paradigma de la paresia para el progreso de la psiquiatría: "la naturaleza de la mayoría de las enfermedades mentales es, en la actualidad oscura, pero nadie puede negar que la investigación futura descubrirá nuevos hechos en una ciencia tan joven como la nuestra; en este aspecto, las enfermedades producidas por la sífilis son una lección práctica. Es lógico asumir que tendremos éxito en descubrir las causas de muchos otros tipos de locura que pueden ser prevenidos —quizá incluso curados— aunque

ahora no tengamos la menor idea…”[17].

1919 Elmer E. Southard (1876-1920) proclama la fe evangélica y el llamado misionero de los cruzados psiquiátricos: “No nos regocijemos de que nosotros, [los psiquiatras] necesitemos estar, quizás, mejor equipados por el entrenamiento y la experiencia, que cualquier otro hombre, para poder ver a través de los terrores aparentes del anarquismo, de la violencia, de la destrucción, de la paranoia —ya sea que estas tendencias se muestren en los capitalistas, o en los líderes laborales, en las universidades o en las viviendas, en el Congreso o bajo las desiertas alcantarillas… Los psiquiatras deben llevar sus poderes analíticos, su optimismo inculcado, y su voluntad de propósito demostrada, no sólo a los círculos cerrados de la franca enfermedad, sino, a semejanza de Seguin de los viejos, también a la educación; como William James, a la esfera de la moral; como Isaac Ray a la jurisprudencia; y sobre todo a la economía y a la industria. Saludo a los años del futuro como años de gran porvenir para los psiquiatras”[18]. Este llamado a la conquista del mundo por la psiquiatría —es decir, por la medicalización, la psiquiatrización, y la terapeutización, de toda actividad humana— ha sido, desde entonces, proclamada por innumerables psiquiatras de renombre a través de todo el mundo.

APÉNDICE II

LA PSIQUIATRÍA Y LA ANTIPSIQUIATRÍA: LAS VIRTUDES SUPERIORES DEL OPRESOR Y DEL OPRIMIDO

Mi sugerencia de que contemplemos al sano y al loco por un lado, y a los psiquiatras y a los antipsiquiatras por el otro, como adversarios, cada uno reclamando la superioridad para sí mismo, y la inferioridad para su oponente, invita a poner estas imágenes en la perspectiva más amplia de otras relaciones de superioridad-inferioridad y sus mitologías características. He comentado sobre este tema en alguna otra parte, en relación con mi análisis de la relación entre la psiquiatría institucional y el paciente mental institucionalizado, y sus similitudes con la relación entre el inquisidor y el hereje[1]. Aquí quiero extender esta clase de análisis a la relación entre el psiquiatra y el antipsiquiatra, con particular énfasis en el carácter moral de sus respectivas pretensiones.

En uno de sus ensayos primeros, y más brillantes, Bertrand Russell nos ha proporcionado el recuadro en que esta controversia encaja perfectamente. "Una de las ilusiones persistentes de la humanidad", sugiere Russell, "es que algunas secciones de la raza humana están moralmente mejor, o peor que otras. Esta creencia tiene muchas formas distintas, ninguna de las cuales tiene base racional"[2]. Después de hacer notar la manera en que esta predilección humana encuentra sus salidas más obvias en los chauvinismos del sexo, de la nacionalidad, y de la clase, Russell hace notar que algunas personas prefieren admirar y engrandecer grupos a los cuales no pertenecen y de los cuales, están excluidas:

Una forma más bien curiosa de esta admiración por los grupos a los que

> no pertenece el admirador, es la creencia en la virtud superior de los oprimidos: las naciones sometidas, los pobres, las mujeres y los niños. El siglo XVIII, mientras conquistaba América de los indios, reducía a los campesinos a la condición de trabajadores paupérrimos, e introducía las crueldades de la primera era del industrialismo, amaba sentimentalizar sobre el "noble salvaje" y las "sencillas crónicas de los pobres"… Los liberales todavía continúan idealizando a los pobres rurales, mientras que los intelectuales socialistas y comunistas hicieron lo mismo para el proletariado urbano[3].

Russell sugiere que hay algo, en la naturaleza de las relaciones de poder entre aquéllos que dominan y aquéllos que son dominados, y en la naturaleza de la naturaleza humana, que juntas, generan estas imágenes compensatorias de la superioridad del inferior. Una de las más típicas de éstas era, y sigue siendo, el mito de la superioridad femenina, sobre cuya forma victoriana, Russell nos ofrece este punto de vista: "La creencia en su [de las mujeres] superioridad 'espiritual' era parte, y demarcación, de la determinación de mantenerlas en la inferioridad económica y política"[4].

Mientras los antipsiquiatras mantengan que los locos son superiores a los sanos —que es uno de sus más importantes dogmas— me parece que ellos empiezan donde las abogadas de la superioridad femenina lo han hecho. Ellos sencillamente sustituyen la "virtud superior" de las mujeres oprimidas, por la "salud superior" de los esquizofrénicos oprimidos. Este juego particular de los antipsiquiatras me parece imperfecto y despreciable, ya que el resultado de la idealización de la "autenticidad" en la insania, y de la romantización del "paso a través de" (o "paso adelante") en la psicosis, sólo puede ser una de dos cosas; a las que me opongo por igual.

Por un lado, la mitología de la superioridad del psicótico, así como la de la superioridad de la mujer, puede ser parte de la determinación del psiquiatra por dominarlo, no torpemente como un lunático, sino encubiertamente como un turista perdido. O puede ser un esfuerzo genuino para reemplazar los poderes y los privilegios especiales del psiquiatra por aquellos del psicótico, en la tradición del programa cristiano de reemplazar el "primero" por el "último", o del programa comunista de reemplazar la "regla de los capitalistas" por la de "la dictadura del proletariado".

Teniendo en cuenta las innumerables parejas de opresores y oprimidos, uno debe preguntarse: ¿Por qué debería creer alguien en los mitos de la superioridad de alguno de ellos? Es posible responder a esta pregunta con algunas generalizaciones útiles. En lo principal, la gente creerá en la superioridad del opresor cuando el opresor ocupe una posición favorecida —por ejemplo, el hombre o el psiquiatra; o cuando busca la protección del opresor— por ejemplo, una criatura o un paciente mental hospitalizado; o cuando desee jugar un papel complementario —por ejemplo, la esposa o el psicótico. Por otro lado, la gente creerá en la superioridad del oprimido —por ejemplo, de las mujeres y de los psicóticos— principalmente cuando se sienta culpable hacia ellas. El apoyo para la contramitología es, por lo tanto, mucho menos seguro que para la mitología. Esta diferencia resulta de la mucha mayor estabilidad de la primera comparada con la última. Los comentarios de Russell a este respecto son quizá más relevantes en la actualidad, con respecto a la situación de la psiquiatría y la antipsiquiatría, que con relación a cualquier otro aspecto de las políticas de poder en la tragicomedia humana:

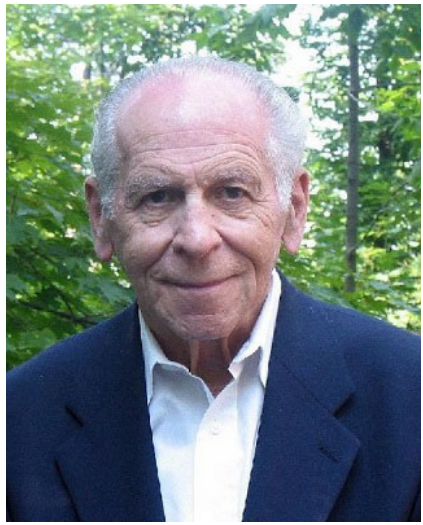
> Como se deja entrever a través de las variadas instancias que hemos considerado, el estadio en el cual la virtud superior se atribuye al oprimido es transitorio e inestable. Se inicia sólo cuando los opresores empiezan a tener una mala conciencia, y esto sólo ocurre cuando su poder ya no está seguro. La idealización de la víctima es útil durante un tiempo: si la virtud es el mayor de los bienes, y si el sometimiento hace a la gente virtuosa, es bueno rehusarle el poder, ya que éste destruiría su virtud… Era un buen auto-sacrificio por parte de los hombres, el evitarles a las mujeres el sucio trabajo de la política… pero tarde o temprano, la clase oprimida argumentará que su virtud superior es una razón a favor de tener el poder, y los opresores se encontrarán con que sus propias armas se vuelven contra sí mismos. Cuando por fin el poder ha sido igualado, se hace aparente para todos que todo lo que se habla sobre la virtud superior no tiene sentido, y que es bastante innecesario como una base para la pretensión de igualdad[5].

Es precisamente esta clase de sentido común, la posición central que yo he tratado de mantener durante mi tesis al tratar esta dimensión, todavía relativamente inexplorada, de la dominación y el sometimiento —las relaciones entre los doctores de locos y los

locos, entre los psiquiatras y los psicóticos, entre los expertos en esquizofrenia y los esquizofrénicos. Por lo tanto, he tratado de destruir la mitología de la superioridad médica de la psiquiatría y del psicoanálisis sobre los principios religiosos y legales de las prácticas de control social, y la de la superioridad moral de los psiquiatras y psicoanalistas sobre la gente en general, y las llamadas personas mentalmente enfermas en particular. Al mismo tiempo, he tratado de evitar el idealizar la insania como una super-salud, y el mitificar al loco como una persona superior en sus dones artísticos, morales, o psicológicos, o en sus virtudes o poderes.

En suma, me parece que si las ideas que he mantenido aquí, y en todas las demás partes, son válidas, y si ganan un apoyo más amplio, entonces la psiquiatría, tal y como la conocemos, desaparecerá gradualmente. Específicamente, la psiquiatría involuntaria, lo mismo que la servidumbre involuntaria, será abolida, y los distintos tipos de intervenciones psiquiátricas voluntarias serán de nuevo clasificados y reafirmados, cada uno de acuerdo con su verdadera naturaleza y sus características efectivas. Algunas de estas prácticas pueden, entonces, emerger de nuevo como intervenciones médicas, quizá con respecto a personas que no sufren de enfermedades corporales demostrables —una práctica que de ningún modo se limita a la psiquiatría. La mayoría de las prácticas psiquiátricas, sin embargo, o bien desaparecerán, o bien volverán a aparecer como intervenciones éticas y políticas.

Estas prácticas psiquiátricas con respecto a clientes voluntarios, entonces, serán reconocidas como lo que yo creo que son en realidad; es decir, las “teorías” y las “técnicas” de —o mejor dicho, las justificaciones para, y las aplicaciones de— diversos sistemas de ética secular.



THOMAS SZASZ (Budapest, 1920 - 2012). Fue profesor emérito de psiquiatría en la Universidad de Siracusa en Nueva York. Szasz fue crítico de los fundamentos morales y científicos de la psiquiatría y uno de los referentes de la antipsiquiatría.

Su postura sobre el tratamiento involuntario es consecuencia de sus raíces conceptuales en el liberalismo clásico y el principio de que cada persona tiene jurisdicción sobre su propio cuerpo y su mente. Szasz considera que la práctica de la medicina y el uso de medicamentos debe ser privado y con consentimiento propio, fuera de la jurisdicción del Estado.

Es conocido por sus libros *El mito de la enfermedad mental* y *La fabricación de la locura: un estudio comparativo de la inquisición con el movimiento de salud mental*, en los que planteó sus principales argumentos con los que se le asocia.

Notas

[1] Ver T. S. Szasz, “Some Observations on the Relationship Between Psychiatry and the Law”, *A. M. A., Archives of Psychiatry and Neurology* 75 (1956): 297-315; idem, “Malingering: Diagnosis or Social Condemnation?” ibid. 76 (1956): 432-443; idem, “The Problem of Psychiatric Nosology”, *American Journal of Psychiatry* 114 (1957): 405-413; idem, “Some Observations on the Use of Tranquilizing Drugs”, *A. M. A., Archives of Psychiatry and Neurology* 77 (1957): 86-92; idem, “Commitment of the Mentally 111; Treatment or Social Restraint?” *Journal of Nervous and Mental Diseases* 125 (1957): 293-307; idem, “Psychiatry, Ethics, and the Criminal Law”, *Columbia Law Review* 58 (1958): 183— 198; idem, “The Myth of Mental Illness”, *American Psychologist* 15 (1960): 113-118; e idem, “Mental Illness as a Metaphor”, *Nature* 242 (March 30, 1973): 305-307. <<

[1] De hecho la bebida, que originalmente contenía una mezcla de cocaína y un extracto de la nuez de cola, fue inventada en 1886 por John S. Pemberton. Su nombre lo creó el amigo y contador de Pemberton, Frank M. Robinson [A. B. Barach, *Famous American Trademarks* (Washington, D. C.: Public Affairs Press, 1971), pp. 43-44]. “Coca-Cola” y “Coke” son en la actualidad marcas muy expuestas a litigio e imitadas. En vista del hecho de que ni la “esquizofrenia” ni el “psicoanálisis” no pudieron ni podrían ser registrados como marcas de fábrica, los psiquiatras y los psicoanalistas han tenido mucho éxito en esquivar y controlar el mercado para estos “productos”. <<

[2] Ver, de modo general, T. S. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct (New* York: Hoeber-Harper, 1961), ed. rev. (New York: Harper & Row, 1974). < <

[3] Citado por M. B. Strauss, ed., *Familiar Medical Quotations* (Boston: Little, Brown, 1968), p. 651. <<

[4] G. Zilboorg, *A History of Medical Psychology* (New York: Norton, 1941), p. 44. <<

[5] Ver, por ejemplo, S. Freud, “An Outline of Psycho-Analysis” (1938), en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (London: Hogarth, 1964), vol. 23, pp. 139-207; ver también nota al pie, pp. 9-10. <<

[6] Ver W. L. Breutsch, “Neurosyphilitic Conditions: General Paralysis, General Paresis, Dementia Paralytica, Chronic Brain Syndrome Associated with Syphilitic Meningoencephalitis”, en *American Handbook of Psychiatry*, ed. S. Arieti, vol. 2, pp. 1003-1020 (New York: Basic Books, 1959); p. 1005. <<

[7] Ver, de modo general, *Encyclopaedia Britannica*, 15th ed., s. v. “Rudolf Virchow”, y E. H. Ackerknecht, *Rudolf Virchow: Doctor, Statesman, Anthropologist* (Madison: University of Wisconsin Press, 1953). < <

[8] Ver *Funk and Wagnall's New Standard Encyclopedia*, 6th ed., s. v. "Rudolf Virchow". < <

[9] Es importante notar aquí que los psiquiatras han contemplado la paresia, como el paradigma no sólo de la psicosis, sino también de la neurosis. En 1925 Freud reiteró su creencia de que “las verdaderas neurosis espontáneas no se parecían a ningún grupo de enfermedades tan claramente como a los fenómenos de intoxicación y abstinencia, que son producidos, por la administración o la privación de ciertas sustancias tóxicas…”[S. Freud, “An Autobiographical Study” (1925), en *Standard Edition*, vol. 20, pp. 1-74; p. 25]. Este punto de vista, dice, “satisfizo” su “conciencia médica” porque habiéndolo alcanzado “esperaba haber llenado un hueco en la ciencia médica, la que, tratando con una función de tan enorme importancia biológica, había descuidado tomar en cuenta cualesquiera daños más allá de aquéllos causados por la infección o por lesiones anatómicas graves”[*Ibid.*]. Como estas dos frases muestran —y por supuesto, la totalidad de su trabajo— Freud nunca cesó de flirtear con la pretensión de ampliar el paradigma de la paresia de “daños… causados por infección o por lesiones anatómicas graves” a “daños” causados por elementos químicos tóxicos todavía no identificados. En pocas palabras, ambas, las neurosis y las psicosis, fueron, bajo este punto de vista, enfermedades “orgánicas”. <<

[10] S. Arieti, “Schizophrenia: The Manifest Symptomatology, The Psychodynamic and Formal Mechanisms”, en *American Handbook of Psychiatry*, ed. Arieti, vol. 1, pp. 455-484; p. 456. <<

[11] Ibid. < <

[12] I. R. C. Batchelor, *Henderson and Gillespie's Textbook of Psychiatry*, 10th ed. (London: Oxford University Press, 1969), p. 247. < <

[13] E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (1911), trans. Joseph Zinkin (New York: International Universities Press. 1950), p. 9. <<

[14] *Ibid.*, esp. pp. 147-160. <<

[15] *Ibid.*, p. 147. <<

[16] *Ibid.*, p. 148. <<

[17] *Ibid.*, p. 151. <<

[18] *Ibid.*, p. 428. <<

[19] *Ibid.*, p. 429. <<

[20] *Ibid.* < <

[21] Ver al respecto T. S. Szasz, *Heresies* (Garden City, N. Y.: Doubleday-Anchor, 1976). <<

[22] Ver W. McGuire, ed., *The Freud/Jung Letters: The Correspondence between Sigmund Freud and C. G. Jung*, trans. Ralph Mannheim *and R. F. C.* Hull (Princeton: Princeton University Press, 1974), p. 207. <<

[23] S. Freud, “The Psychopathology of Everyday Life” (1901), en *Standard Edition*, vol. 6. <<

[24] J. Strachey, introducción, *ibid.*, pp. XIII-XIV. < <

[25] Freud, “Psychopathology”, p. 257. < <

[26] World Health Organization, *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia, Vol. I: Results of the Initial Evaluation Phase* (Geneva: World Health Organization, 1973). <<

[27] *Ibid.*, p. 10. <<

[28] En sus “confesiones” psiquiátricas, sobre las que hablaré más tarde con mayor extensión, Bleuler se refiere a las presiones que tenían, para diagnosticar a los locos como verdaderamente enfermos y bajo las que él y sus colegas trabajaban: “Es casi tan difícil como decir ‘no puedo ayudar’ o ‘no sé’ o por lo menos como para muchos doctores es demasiado difícil decir ‘no encuentro nada mal’, cuando examinan al paciente. Cuando un doctor se siente obligado, por el deber, a encontrar algo y sin embargo no tiene suficiente base o evidencia, y es sólo por complacer al paciente o a sí mismo, se plantea un problema peliagudo”[E. Bleuler, *Autistic Undisciplined Thinking in Medicine and How to Overcome It* (1919), trans. and ed. Ernest Harms, con un prefacio de Manfred Bleuler (Darien, Conn.: Hafner Publishing Co., 1970), pp. 113-114]. No es de hecho así: un problema peliagudo no se plantea, sino que se pasa de largo, y los nuevos problemas peliagudos —es decir, las nuevas “enfermedades”, las nuevas “intervenciones médicas”, y las nuevas complicaciones causadas por tales intervenciones— se crean. Unas páginas después Bleuler vuelve a este tema, destacando lo siguiente: “De la misma manera permitimos ser orientados y ‘prejuiciados’ por otros miembros de la familia y amistades en nuestra práctica clínica así como institucional”[*Ibid.*, p. 182]. <<

[29] Como hice notar, Kraepelin, Bleuler y Freud no eran los primeros de tales conquistadores y colonizadores. El proceso que describo empezó durante la Ilustración y sus verdaderos pioneros fueron los alienistas de fines del siglo XVIII [Ver, de modo general, F. A. Hayek, *The Counter-Revolution of Science: Studies on the Abuse of Reason* (1955) (New York: Free Press, 1964); en especial T. S. Szasz, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (New York: Harper & Row, 1970)]. Sin embargo, estos pioneros inventores de la "locura médica", están en la misma relación con Kraepelin, Bleuler, y Freud —quienes convirtieron a nuestra época en la época de la "enfermedad mental"— como los inventores del motor de combustión interna están en relación con Henry Ford y los otros industriales y genios mercantiles que hicieron de nuestra época también la del automóvil. <<

[30] Bleuler, *Dementia Praecox*, p. 474. <<

[31] *Ibid.*, pp. 474-475. < <

[32] Ver, por ejemplo, R. M. Cover, *Justice Accused: Antislavery and the Judicial Process* (New Haven: Yale University Press, 1975). <<

[33] Ver T. S. Szasz, “Involuntary Mental Hospitalization: A Crime Against Humanity” (1968), in *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man* (Garden City, N. Y.: Doubleday-Anchor, 1970), pp. 113-139; e idem, *Psychiatric Slavery* (New York: Free Press, 1977). <<

[34] Bleuler, *Dementia Praecox*, p. 475. <<

[35] *Ibid.* < <

[36] *Ibid.* < <

[37] *Ibid.*, pp. 488. <<

[38] *Ibid.*, pp. 488-489. < <

[39] Bleuler, *Autistic Undisciplined Tkinking*. < <

[40] M. Bleuler, prefacio (1969) a E. Bleuler, *Autistic Undisciplined Thinking*, pp. XIII-XIX; p. XV. <<

[41] E. Bleuler, *Autistic Undisciplined Thinking*, p. 43. < <

[42] Considero las conexiones entre el matrimonio y la psiquiatría, la incapacidad personal y la invalidez psiquiátrica, en el capítulo IV. <<

[43] *Ibid.*, pp. 43-44. <<

[44] *Ibid.*, p. 72. <<

[45] *Ibid.*, p. 109. <<

[46] *Ibid.*, p. 110. <<

[47] *Ibid.*, p. 115. <<

[48] *Ibid.*, p. 116. <<

[49] M. Bleuler, Prefacio a *Autistic Undisciplined Thinking*, p. XVI. <<

[50] *Ibid.* < <

[51] La literalización de la metáfora de la eucaristía exigida por la doctrina de la transubstanciación, no es aceptada por todos los teólogos católicos modernos. De acuerdo con una fuente de autoridad, “la eucaristía es la actualización de la realidad salvadora de Jesús, a través de las palabras de acción de gracias pronunciadas sobre el pan y el vino… Sólo era la espiritualidad de la comunidad helenística la que unía la presencia de Cristo materialmente al elemento de la comida… La presencia real de Jesús en los elementos consagrados, tal y como es concebida, es por lo tanto, sólo una interpretación helenística que hoy en día ya no es posible adoptar”[Ver “Eucharist” en *Sacramentum Mundi: An Encyclopedia of Theology* (New York: Herder and Herder, 1968), vol. 2, p. 257]. Sin embargo, esta interpretación liberal de la doctrina de la transubtanciación exagera el rechazo de los católicos romanos a la interpretación literal dé eucaristía. El 3 de septiembre de 1965, sólo tres años antes de haber sido escrito lo anterior, en su encíclica *Misterium Fidei*, el Papa Paulo VI, “llamó a una conservación de la realidad total en la fe católica sobre la presencia de Cristo en la eucaristía, y específicamente sobre la conservación del dogma de la transubstanciación, conjuntamente con la de la terminología recibida con la que había sido expresada particularmente en el Concilio de Trento”[“Transubstantiation”, *Encyclopaedia Britannica*, 1973, vol. 22, p. 175]. En todo caso, estoy ofreciendo esta comparación entre las metáforas teológica y psiquiátrica, para exponer y criticar las creencias y prácticas basadas en la literalización de la metáfora en la enfermedad mental, no para exponer o criticar creencias y prácticas basadas en la literalización de la metáfora de la eucaristía. El éxito de esta última empresa está contenido en el primer artículo de la Constitución de los Estados Unidos; el fracaso de la primera empresa, en la subversión psiquiátrica a la regla de Ley y la privación psiquiátrica de las libertades garantizadas por la Constitución. <<

[52] Ver E. Watanabe, “The Past, Present, and Future of Mental Hospitals in Japan”, *Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals* 5 (1973): 6-8. < <

[53] Ver, por ejemplo, I. Veith, “The Far East: Relections on the Psychological Foundations”, en *World History of Psychiatry*, ed. J. Howells, pp. 662-703 (New York: Brunner/Mazel, 1975), pp. 690-691. <<

[54] K. Menninger, *The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness* (New York: Viking, 1963). <<

[55] Freud, “Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)” (1911), en *Standard Edition*, vol. 12, pp. 1-82. <<

[56] La sospecha de que Freud estaba totalmente a favor de encerrar a los pacientes mentales recalcitrantes, está basada no sólo en que nunca declaró nada en público, ni escribió profesionalmente ninguna crítica sobre esta práctica, sino también en su carta del 6 de mayo de 1908 a Jung. Empieza como sigue: “Querido amigo, incluyo el certificado para Otto Gross. Una vez que lo tenga en su poder, no lo dé de alta antes de octubre, cuando podré ocuparme de él”[Freud a Jung, mayo 6, 1908, en *Freud/Jung Letters*, ed. McGuire, p. 147]. Otto Gross, el “paciente” al que se refiere aquí, era un médico que entonces estaba siendo “tratado” por Jung en el hospital Burghölzli para adictos a la cocaína y el opio. Durante un tiempo ambos, Freud y Jung, contemplaron a Gross como un recluta prometedor para el movimiento psicoanalítico. Pero Gross no cooperó ni como paciente ni como psiquiatra. En junio de 1908, Freud le escribe a Jung: ‘Desafortunadamente, no podemos considerarlo (a Gross). Es adicto, y sólo puede dañar nuestra causa”[Freud a Jung, junio 30,1908, *ibid.*, p. 162]. Irónicamente, en octubre del mismo año Gross publicó una carta en *Die Zukunft*, una prestigiosa revista berlinesa, en la que objetaba la confinación de una joven mujer por su padre en un hospital mental[Jung a Freud, octubre 21,1908, *ibid.*, p. 174]. <<

[57] Ver R. Graves, *The Greek Myths* (Middlesex: Penguin, 1955), vol. 2, pp. 354-356. < <

[58] E. Kraepelin, *One Hundred Years of Psychiatry* (1917), trans. Wade Baskin (New York: Philosophical Library, 1962), pp. 151-152.
<<

[59] Organización Mundial de la Salud, *Report*, p. 17. < <

[1] T. S. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct* (New York: Hoeber-Harper, 1961); rev. ed. (New York: Harper & Row, 1974). <<

[2] El término *antipsiquiatría* no sólo no es bueno, sino tampoco es nuevo. Fue usado desde 1912 por Bernhard Beyer para caracterizar un artículo crítico sobre la psiquiatría [B. Beyer, *Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesen* (Halle am Saale: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1912), p. 180]. <<

[3] R. D. Laing, *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness* (1960) (Baltimore: Penguin, 1965). <<

[4] R. D. Laing and A. Esterson, *Sanity, Madness, and the Family: Vol. I, Families of Schizophrenics (New York: Basic Books, 1964)*. <<

[5] La expresión es de Kenneth Minogue [K. Minogue, *The Liberal Mind* (London: Methuen, 1963), en especial pp. 6 13]. <<

[6] D. Martin, *Tracts Against the Times* (Guildford and London: Lutterworth Press, 1973), p. 66. <<

[7] *Ibid.*, p. 68. <<

[8] *Ibid.*, p. 75. <<

[9] *Ibid.*, p. 83. <<

[10] *Ibid.*, p. 87. <<

[11] Citado por R. I. Evans, *R. D. Laing: The Man and His Ideas* (New York: Dutton, 1976), p. 115. <<

[12] Martin, *Tracts Against the Times*, p. 89. <<

[13] *Ibid.*, p. 90. <<

[14] Ver, por ejemplo, R. M. Weaver, *The Ethics of Rhetoric* (Chicago: Regnery, 1953); R. L. Johanessen, R. Stickland, and R. T. Eubanks, eds., *Language Is Sermonic: Richard M. Weaver on the Nature of Rhetoric* (Baton Rouge: Louisiana State University Press, 1970); y T. S. Szasz, *Karl Kraus and the Soul-Doctors: A Pioneer Critic and His Criticism of Psychiatry and Psychoanalysis* (Baton Rouge: Louisiana State University Press, 1976). <<

[15] L. Trilling, *Sincerity and Authenticity* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1972), p. 124. <<

[16] *Ibid.* p. 125. < <

[17] *Ibid.*, p. 160. <<

[18] *Ibid.*, p. 168. <<

[19] *Ibid.*, p. 169. <<

[20] Ver T. S. Szasz, *Heresies* (Garden City, N. Y.: Doubleday-Anchor, 1976); idem, *Karl Kraus*. < <

[21] Citado por Trilling, *Sincerity and Authenticity*, p. 170. <<

[22] D. Cooper, *The Death of the Family* (New York: Pantheon, 1970), p. 103. <<

[23] *Ibid.*, p. 33. <<

[24] *Ibid.*, pp. 61, 63. <<

[25] D. Cooper, Introducción a *The Dialectics of Liberation*, ed. D. Cooper, pp. 7-11 (Middlesex: Penguin, 1968), p. 10. <<

[26] Cooper, *Death of the Family*, p. 78. <<

[27] Citado por Evans, *R. D. Laing*, p. 108. <<

[28] Cooper, *Death of the Familiy*, pp. 111-112. <<

[29] *Ibid.*, pp. 127, 138. <<

[30] Asociación de Filadelfia, *Philadelphia Association Report*, 1965-1969 (London: Philadelphia Association, n. d.), dedicatoria. <<

[31] *Ibid.*, p. 2. <<

[32] *Ibid.*, p. 3. <<

[33] *Ibid.*, p. 7. <<

[34] *Ibid.*, p. 11. <<

[35] La frase es de William F. May [Ver W. F. May, “Code, Covenant, Contract, or Philanthropy”, *The Hastings Center Report 5* (1975): 29-38;p. 31]. < <

[36] Ver, de modo general, L. Von Mises, *Human Action: A Treatise on Economics* (New Haven: Yale University Press, 1949). <<

[37] *The Human Context 5* (1973): Solapa. < <

[38] M. Barnes and J. Berke, *Mary Barnes: Two Accounts of a Journey Through Madness* (London: MacGibbon and Kee, 1971;New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1972). < <

[39] Anuncio de la edición norteamericana, *New York Times Book Review,*, abril 9, 1972, p. 31. < <

[40] *Ibid.* < <

[41] Barnes and Berke, *Mary Barnes*, p. 6. < <

[42] *Ibid.*, p. 150. <<

[43] *Ibid.*, p. 157. <<

[44] R. D. Laing, *The Politics of Experience and the Bird of Paradise* (Harmondsworth: Penguin, 1967), p. 11. <<

[45] Citado por Evans, *R. D. Laing*, p. 115. <<

[46] *Ibid.* < <

[47] *Ibid.*, p. 112. <<

[48] *Ibid.*, p. 12. <<

[49] *Ibid.* < <

[50] Laing, *Politics of Experience*, p. 156. <<

[51] *Ibid.*, p. 107. <<

[52] *Ibid.* < <

[53] *Ibid.*, p. 110. <<

[54] La esquizofrenia *no es* ni un viaje través de la locura *ni es tampoco* una enfermedad del cerebro. Ambas teorías afirman metáforas literalizadas. Por supuesto, puede decirse que la esquizofrenia es *como* un viaje, o *como* una enfermedad; pero también es *como* muchas otras condiciones o situaciones, como el ser niño, no tener rumbo, no servir para nada, no tener hogar, o el estar enojado, el ser turbulento, engreído y egoísta. La verdadera cuestión es, que de la misma manera que, en la psiquiatría la metáfora literalizada de la esquizofrenia como enfermedad conduce a, y justifica, su tratamiento por medio de doctores, hospitales y drogas; así en la antipsiquiatría la metáfora literalizada de la esquizofrenia como un viaje conduce a, y justifica, su tratamiento por medio de guías, hoteles y primeros auxilios. ¿Qué es entonces la esquizofrenia? Durante mucho tiempo ha servido como símbolo a la sagrada misión de la psiquiatría. Ahora sirve también como símbolo a la sagrada misión de la antipsiquiatría. De hecho, mientras el término "esquizofrenia" designe algún "problema" que un "paciente" ostensible tenga, se referirá, normalmente, al hecho de que la vida del 'paciente" está desordenada —que es, o que el "paciente" cree que es una vida sin sentido y sin rumbo. Si es así, no puede ser "curado" con viajes ni tampoco con drogas. El caos, el sufrimiento, y el desorden, sólo pueden ser curados si el sujeto pone su vida en orden. Cualquier cosa que ayude a una persona a lograr esta meta, será algo "terapéutico". <<

[55] Barnes y Berke, *Mary Barnes*, p. 160. < <

[56] Martin, *Tracts Against the Times*, p. 83. <<

[57] *Ibid.*, (London ed.), forros. < <

[58] Ver, por ejemplo, C. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (New York: Norton, 1945), p. 283. <<

[59] E. Fromm, *Escape from Freedom* (New York: Rinehart, 1941).
<<

[60] Cooper, *Death of the Family*, p. 93. <<

[61] D. Cooper, *Psychiatry and Anti-Psychiatry* (London: Tavistock, 1967), p. 45. <<

[62] J. R. Searle, “How to Derive ‘Ought’ from ‘Is’”, en *The Is-Ought Question: A Collection of Papers on the Central Problem of Moral Philosophy, ed.* W. D. Hudson, pp. 120-134 (London: Macmillan, 1969), p. 132. <<

[63] *Ibid.* < <

[64] Ver T. S. Szasz, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (New York: Harper & Row, 1970), esp. pp. 260-292. <<

[1] L. C. Kolb, *Noyes'Modem Clinical Psychiatry*, 8th ed. (Philadelphia: Saunders, 1973), p. 349. < <

[2] S. Arieti, ed., *The World Biennial of Psychiatry and Psychotherapy: Vol. I, 1971* (New York: Basic Books, 1970). <<

[3] A. V. Snezhnevsky, “Symptom, Syndrome, Disease: A Clinical Method in Psychiatry”, *ibid.*, pp. 151-164; sobre Snezhnevsky, H. V. Dicks, “Soviet Abuses (Two Letters to the Editor)”, *Psychiatric News* 11 (february 6, 1976): 2. <<

[4] A. Kiev, ed., *Psychiatry in the Communist World* (New York: Science House, 1968). <<

[5] F. J. Kallmann, *The Genetics of Schizophrenia: A Study of Heredity and Reproduction in the Families of 1,087 Schizophrenics* (New York: J. J. Augustin, 1938), pp. 27-28. <<

[6] E. Kringlen, “New Studies on the Genetics of Schizophrenia”, en *World Biennial*, ed. Arieti, pp. 476-501; p. 476. <<

[7] Ver L. G. Stevenson, *Nobel Prize Winners in Medicine and Physiology, 1901-1950* (New York: Henry Schuman, 1953), p. 264. <<

[8] E. Moniz, “How I Came to Perform Prefrcmtal Leucotomy” (1948), en *The Age of Madness: The History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts*, ed. T. S. Szasz, pp. 157-160 (Garden City, N. Y.: Doubleday-Anchor, 1973), p. 158. <<

[9] Ver al respecto, T. S. Szasz, *Heresies* (Garden City, N. Y.: Doubleday-Anchor, 1976), esp. pp. 3-11. <<

[10] Moniz, “How I Came to Perform”, p. 159. <<

[11] “What’s New”, *Current Prescribing*, March 1975, p. 9. <<

[12] R. E. Kendeli, “The Concept of Disease and Us Implications for Psychiatry”, *British Journal of Psychiatry* 127 (1975): 305-315; idem, *The Role of Diagnosis in Psychiatry* (Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1975). <<

[13] Ver R. J. Stoller *et al.*, “A Symposium: Should Homosexuality Be in the APA Nomenclature?” *American Journal of Psychiatry* 130 (1973): 1207-1216; R. Lyons, “Psychiatrists, in a Shift, Declare Homosexuality No Mental Illness”, *New York Times*, december 16, 1973, pp. 1, 25; “Deleting Homosexuality As Illness: A Psychiatric Change in Values”, *Roche Report: Frontiers of Psychiatry* 4 (february 1, 1974): 1-2. <<

[14] Kendeli, “Concept of Disease”, p. 314. <<

[15] *Ibid.* < <

[16] A. H. Urmer, “Implications of California’s New Mental Health Law”, *American Journal of Psychiatry* 132 (1975): 251-254. < <

[17] *Ibid.*, p. 253. <<

[18] The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association, *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. (Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1968). < <

[19] Ver Kolb, *Noyes' Modern Clinical Psychiatry*, 8th ed., p. 312; "Schizophrenia and Alcoholism Head Listing of Inpatient Ills", *Roche Report: Frontiers of Psychiatry* 5 (april 1, 1975): 2. <<

[20] Ver, por ejemplo, T. S. Szasz, *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices* (New York: Macmillan, 1963); *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (New York: Harper & Row, 1970). <<

[21] R. Marlowe, *The Modesto Relocation Project: The Social Psychological Consequences of Relocation of Geriatric State Hospital Patients*, Bureau of Research Projects, 1-60 (MOD) (Sacramento: California Department of Mental Hygiene, 1972). <<

[22] M. Greenblatt y E. Glazier, “The Phasing Out of Mental Hospitals in the United States”, *American Journal of Psychiatry* 132 (1975): 1135-1140; p. 1137. <<

[23] Ver, por ejemplo, L. Srole et al., *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study* (New York: McGraw-Hill, 1962), y K. Menninger et al, *The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness* (New York: Viking, 1963). <<

[24] Ver T. S. Szasz, “The Right to Health”, *Georgetown Law Journal* 57 (1969): 734-751; *Psychiatric Slavery* (New York: Free Press, 1977). < <

[25] “Oppressive Psychiatry”, *Bethlem and Maudsley Gazette* (London), Autumn 1975, pp. 9-12. <<

[26] *Ibid.*, p. 9. <<

[27] *Ibid.* < <

[28] *Ibid.*, p. 10. <<

[29] *Ibid.* < <

[30] D. Herbstein, “One Jew’s Journey”, *New Statesman* (London), January 24, 1975, p. 106. < <

[31] *Ibid.* < <

[32] *Ibid.* < <

[33] Kendell, *Role of Diagnosis*, p. 80. <<

[34] Citado por H. M. Schmeck, Jr., “National Genetics Study Urged as Step to New Era in Medicine”, *New York Times*, June 16, 1970, p. 1. < <

[35] J. Huxley et al., “Schizophrenia as a Genetic Morphism”, *Nature*, 204 (october 17, 1964): 220-221; p. 220. < <

[36] L. L. Heston, “The Genetics of Schizophrenia and Schizoid Disease”, *Science* 167 (january 16,1970): 249-256; pp. 249, 255. <<

[37] E. Cumming, “Epidemiology: Some Unresolved Problems”, *American Journal of Psychiatry* 126 (1970): 121-122; p. 122. < <

[38] “Two Minds on Schizophrenia”, *New Scientist*, december 10, 1970, p. 424. < <

[39] Ver “Schizophrenia: Nationality Key to Diagnosis; American MDs Make Diagnosis Twice as Frequently as British”, *Clinical Psychiatry News 2* (november 1974): 1; también Kendeli, *Bole of Diagnosis.* < <

[40] Citado en “Schizophrenia Not Indigenous to West”, *Clinical Psychiatry News* 2 (november 1974): 1. <<

[41] Citado en “Once a Schizophrenic Always a Schizophrenic in the Soviet Union”, *ibid.* <<

[42] *Ibid.*, pp. 1, 22. <<

[43] Kallmann, *Genetics of Schizophrenia*, pp. 102-103. <<

[44] Ver Szasz, *Heresies.* < <

[45] Ver Szasz, *Law, Liberty, and Psychiatry; Psychiatric Justice* (New York: Macmillan, 1965). <<

[46] D. Hawkins y L. Pauling, eds., *Orthomolecular Psychiatry: Treatment of Schizophrenia* (San Francisco: W. H. Freeman, 1973). <<

[47] Pauling, Prefacio a ibid., pp. V-IX; p. V. < <

[48] *Ibid.* < <

[49] *Ibid.*, pp. V-VI. <<

[50] Ver T. S. Szasz, *The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy*, rev. ed. (New York: Basic Books/Harper Colophon, 1974). <<

[51] Pauling, Prefacio a *Orthomolecular Psychiatry*, p. VII. <<

[52] Para una cuidadosa y serena crítica de la investigación sobre la esquizofrenia en general, y las contribuciones de Pauling al respecto, ver R. Fischer, “Schizophrenia Research in Biological Perspective”, in *Genetic Factors in Schizophrenia*, ed. A. R. Kaplan, pp. 74-138 (Springfield, 111.: Charles C. Thomas, 1972). <<

[53] A. Hoffer y H. Osmond, *What You Should Know About Schizophrenia* (Ann Arbor, Mich.: American Schizophrenia Foundation, 1965), p. 1. < <

[54] *Ibid.*, p. 1. <<

[55] *Ibid.*, p. 2. <<

[56] *Ibid.*, p. 12. <<

[57] *Ibid.* < <

[58] G. Gerlach, “How Two Groups Aim to Help Sufferers From Schizophrenia”, *National Observer*, october 10, 1966; reimpresión por the American Schizophrenia Foundation, Box 160, Ann Arbor, Michigan 48107, n. d. citado del panfleto. < <

[59] *The 12 Steps of S. A.* (Saskatoon, Saskatchewan, P. O. Box 913: Schizophrenics International, n. d.). < <

[60] Editorial, “Diagnosis: A New Era *Schizophrenia Bulletin*, no. 11, Winter 1974, pp. 18-20; pp. 18-19. < <

[61] Ver, para algunos comentarios recientes “Megavitamins and Mental Disease”, *Medical World News*, August 11,1975, pp. 71-82, y “Megavitamins for Schizophrenia?” *ibid.*, november 3, 1975, pp. 31-36. < <

[62] S. Berman, “Fasting: An Old Cure for Fat, A New Treatment for Schizophrenia”, *Science Digest*, 79 (1976): 27-31: p. 27. <<

[63] *Ibid.* < <

[64] *Ibid.*, p. 28. <<

[65] S. Arieti, “An Overview of Schizophrenia from a Predominantly Psychological Approach”, *American Journal of Psychiatry* 131 (1974): 241-249; p. 248. <<

[66] Ver Hammer v. Rosen, 7 A. D. 2d 216, 181 N. Y. S. 2d 805 (Sup. Ct., McNally, J., que disiente en parte, 1959, (pp. 805-808). <<

[67] *Ibid.*, p. 807. <<

[68] Hammer v. Rosen, 7 N. Y. 2d 376, 379-380,165 N. E. 2d 756, 757,198 N. Y. S. 2d 65 (1960). < <

[69] A. Parras, “The Lounge: Treatment for Chronic Schizophrenics”, *Schizophrenia Bulletin*, no. 10, Fall 1974, pp. 93-96; pp. 93, 96. <<

[70] Ver T. S. Szasz, “Medical Metaphorology”, *American Psychologist* 30 (1975): 859-861. < <

[71] J. G. Gunderson y L. R. Mosher, “The Cost of Schizophrenia”, *American Journal of Psychiatry* 132 (1975): 901-906; p. 901. <<

[72] *Ibid.*, p. 902. <<

[73] *Ibid.* < <

[74] *Ibid.*, p. 905. <<

[75] *Ibid.* < <

[76] J. K. Wing, “Psychiatry in the Soviet Union”, *British Medical Journal* 1 (March 9,1974): 433-436; p. 433. < <

[77] *Ibid.*, p. 435. <<

[78] *Ibid.* < <

[79] Es por supuesto, tan sin sentido y equivocado el tratar de distinguir entre la hospitalización mental voluntaria e involuntaria en Rusia, como lo es el tratar de distinguir entre el atletismo profesional y el amateur en ese país. Como sabemos, sin embargo, en los Juegos Olímpicos, las naciones libres o no comunistas del mundo aceptan a los atletas rusos como si fueran amateurs. De la misma manera, en las reuniones y las organizaciones médicas internacionales, los médicos libres o no comunistas, aceptan a los psiquiatras rusos como médicos normales o regulares, y a los pacientes mentales rusos como pacientes normales o regulares. Además, ya que incluso en el mundo no comunista la medicina es, como si lo fuera, una casa dividida contra sí misma —comprendiendo ambos: pacientes y médicos libres y no libre»— el mismo patrón autodestructivo de comportamiento es exhibido por los doctores "reales" de las sociedades libres con relación a los doctores "falsos", o psiquiatras y sus pacientes. Es decir, que los médicos aceptan a los psiquiatras como si fueran médicos normales o regulares, y a los pacientes mentales como si fueran pacientes normales o regulares. A través de estos actos de capitulación y aquiescencia, los atletas amateurs y los médicos individualistas, y todos aquéllos que apoyan los valores que comportan sus papeles, cometen, en efecto, un suicidio[Ver J, Burnham, *Suicide of the West: An Essay on the Meaning and Destiny of Liberalism* (New Rochelle, N. Y.: Arlington House, 1964]: al aceptar a los atletas rusos como amateurs, los atletas occidentales participan de la liquidación de una distinción importante dentro de su sociedad, pero no en la sociedad comunista; de la misma manera, al aceptar a los médicos que son agentes del Estado como si fueran agentes del individuo, los médicos individualistas participan de la liquidación de una distinción esencial de su trabajo, pero no del de sus colegas colectivistas. Este proceso, a menos que se invierta, sólo puede conducir a la erosión gradual y la desaparición última de los valores e identidades, del deportista amateur en el atletismo y del médico como agente de su paciente en la medicina. <<

[80] Ver, en especial, T. S. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct* (New York: Hoeber-Harper, 19G1); rev. ed. (New York: Harper & Row, 1974); idem, *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man* (Garden City, N. Y.: Doubleday-Anchor, 1970). <<

[81] H. R. Huessy, “Some Historical Antecedents of Current American Mental Health Practices”, *Psychiatric Annals* 4 (1974): 31-39; p. 38. <<

[82] Ver T. S. Szasz, “Reflections on Medical Ethics”, eh T. S. Szasz, *The Theology of Medicine* (New York: Harper & Row, in preparation).
<<

[83] Ver Capitulo I. <<

[84] Este último juicio es discutible debido al confinamiento psiquiátrico: los individuos que no quieren que ciertas intervenciones sean impuestas en ellos, seguramente las contemplarán de inmediato como dañinas o nocivas; mientras que los psiquiatras y otras autoridades socialmente autentificadas, responsables de imponer tales intervenciones en los “pacientes” que no las desean, seguramente las contemplarán como útiles o terapéuticas, si hacen que los “pacientes” sean más dóciles, más conformes con la sociedad, y receptivos hacia “tratamientos” posteriores. <<

[85] Szasz, *Manufacture of Madness*. <<

[1] Ver T. S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions* (Chicago: University of Chicago Press, 1962), esp. pp. 77, 150. <<

[2] Ver, de modo general, S. Arieti, *The Interpretation of Schizophrenia*, rev. ed. (New York: Basic Books, 1974). <<

[3] Ver, de modo general, “Marriage”, en *International Encyclopedia of the Social Sciences*, ed. D. L. Sills, vol. 10, pp. 1-23 (New York: Macmillan and Free Press, 1968). <<

[4] *Encyclopaedia Britannica*, 14th ed., s. v. M. Rheinstein, “Marriage”, p. 927. < <

[5] *Ibid.*, p. 928. <<

[6] *Ibid.*, s. v. J. D. Landis, “Marriage and Family Organization”, p. 928. <<

[7] *Ibid.* < <

[8] Deut. 24: 1. < <

[9] St. Matthew 5:31-32. <<

[10] I Corinthians 7: 1-2. <<

[11] *Ibid.*, 7:9. <<

[12] *Ibid.*, 7:4; además “Vatican Statements on Sexual Ethics”, *New York Times*, january 16, 1976, p. 11. <<

[13] I Corinthians 7:6-9. < <

[14] *Ibid.*, 7:11. <<

[15] J. Dominian, *Marital Breakdown* (Harmondsworth: Penguin, 1969), p. 155. < <

[16] Se supone que Clarence Darrow dijo que estaba a favor del divorcio porque estaba en contra del asesinato. En otras palabras, es mejor que el marido y la mujer se divorcien antes de actuar con violencia uno contra el otro. Y es mejor que el psiquiatra y el "psicótico" se divorcien —ambos quedando libres, cuando ya han tenido suficiente el uno del otro— para dejar a sus parejas, antes de actuar con *violencia* uno contra el otro; el psiquiatra por medio del encarcelamiento del paciente, y el paciente por medio del asalto al psiquiatra. <<

[17] Shakespeare, *Hamlet*, act 3 sc. 1. < <

[18] F. J. Kallman, The Genetics of Schizophrenia: A Study of Heredity and Reproduction in the Families of 1,087 Schizophrenics (New York: J. J. Augustin, 1938), p. 48 <<

[19] *Ibid.* < <

[20] "*Miss* Nelson, 103, Dies; Confined for a Century", *New York Times*, feb. 2, 1975, p. 49. <<

[21] Ver T. S. Szasz, ed., The Age of Madness: A *History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts* (Garden City, N. Y.: Doubleday-Anchor, 1973). <<

[22] D. Defoe, “Demand for Public Control of Madhouses” (1728), en *ibid.*, pp. 7-8. < <

[23] J. Milton, “The Second Defense of the People of England” (1654), en J. Milton, *Areopagitica and Of Education, With Autobiographical Passages From Other Prose Works*, ed. George H. Sabine, pp. 93-107 (Northbook, Ill.: AHM Publishing Corp., 1951), p. 104. <<

[24] Ver W. LI. Parry-Jones, *The Trade in Lunacy: A Study of Private Madhouses in England in the Eighteenth and Nineteenth Centuries* (London: Routledge & Kegan Paul, 1972). < <

[25] Citado por A. Deutsch, *The Mentally Ill in America: A History of Their Care and Treatment from Colonial Times*, 2nd ed. (New York: Columbia University Press, 1952), p. 424. <<

[26] J. Pearson, *Edward the Rake: An Unwholesome Biography of Edward VII* (New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1975), pp. 68-69. < <

[27] En el Hospital Burghölzli, durante el tiempo en que Bleuler fue director, “los pacientes esquizofrénicos comprendían el 71 % de los hombres, y 79 % de las mujeres, pacientes…”[E. Bleuler, *Dementia Praecox of the Group of Schizophrenias* (1911), trans. Joseph Zinkin (New York: International Universities Press, 1950), p. 335]. Con respecto a la edad de inicio de esta “enfermedad” y su duración, Bleuler añade este comentario significativo: “Por lo tanto, la importancia social de la esquizofrenia es enorme… Porque afecta a la mayoría de los pacientes antes de que hayan tenido la oportunidad de establecerse en la vida y en el trabajo”[*Ibid.*]. Tengo la impresión de que Bleuler, de hecho, se daba cuenta de que la “esquizofrenia” es, de hecho, la llamada “vida y trabajo” del esquizofrénico, pero que sencillamente no podía arriesgarse a decirlo y enfrentarse a las implicaciones que hubiera supuesto decir esto. <<

[28] Ver E. Goffman, “The Moral Career of the Mental Patient”, en E. Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, pp. 125-169 (Garden City, N. Y.: Doubleday-Anchor, 1961). < <

[29] Ver H. Troyat, *Tolstoy* (1965), trans. Nancy Amphoux (New York: Dell, 1969). < <

[30] L. Tolstoy, *The Kreutzer Sonata* (1889), trans. Ayler Maude, en L. Tolstoy, *The Death of Ivan Ilych and Other Stories*, pp. 157-239 (New York: Signet, I960), p. 178. <<

[31] *Ibid.*, p. 192. <<

[32] *Ibid.*, p. 194. <<

[33] *Ibid.*, pp. 200-201. < <

[34] J. Horwitz, *Natural Enemies* (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1975), p. 2. <<

[35] *Ibid.*, p. 30. <<

[36] *Ibid.*, p. 32. <<

[37] *Ibid.*, p. 179. <<

[38] *Ibid.*, p. 202. <<

[39] *Ibid.*, p. 185. <<

[40] A los escritores modernos les ha dado por redescubrir que los “alienistas” están, casi siempre, alienados de sí mismos y de su sociedad, y que si sus clientes sufren de anomalías, ellos normalmente las convierten en más, en vez de menos, anormales. <<

[41] *Ibid.*, p. 191. <<

[42] Y. Mishima, *Forbidden Colors* (1951), trans. Alfred H. Marks (New York: Berkeley, 1974), p. 29. <<

[43] *Ibid.*, p. 33. <<

[44] A. P. Chekhov, *Ward No. 6* (1892), trans. B. G. Guerney, en *Short Novels of the Masters*, ed. C. Neider, pp. 386-438 (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1962). <<

[45] Mishima, *Forbidden Colors*, p. 126. <<

[46] S. O'Sullivan, "Single Life in a Double Bed", *Harper's*, november 1975, pp. 45-52; p. 50. <<

[47] L. A. Westoff, “Two-time Winners”, *New York Times Magazine*, august 10, 1975, pp. 10-15; p. 13. <<

[48] Ver, por ejemplo, A. M. Freedman et al., *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Baltimore: Williams & Wilkins, 1972),p. 240. < <

[49] Westoff, “Two-time Winners”, p. 15. <<

[50] Ver, al respecto, T. S. Szasz, *The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy*, rev. ed. (New York: Basic Books/Harper Colophon, 1974); idem, *The Second Sin* (Garden City, N. Y.: Doubleday-Anchor, 1973), esp. pp. 77-124. <<

[51] Vale la pena hacer notar a este respecto, que en el lenguaje común, los términos vulgares más usados para referirse a la relación sexual son dos: —es *decir, "coger"* y "atornillar", y *ambos* se utilizan en el *sentido de* que el hombre los "hace" a la mujer— y también quieren decir atrapar o aprovecharse de alguien. El lenguaje común, por lo tanto, refleja más honestamente que el lenguaje técnico, la naturaleza con frecuencia explotativa de la relación sexual, y marital. Estos términos son ahora también comúnmente aplicados a la relación psiquiátrica, por aquéllos que desaprueban el poder incontrolado que tiene el psiquiatra sobre su paciente. <<

[52] Ver T. S. Szasz, The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement (New York: Harper & Row, 1970). <<

[53] Ver T. S. Szasz, Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers (Garden City, N. Y.: Doubleday, 1974). < <

[54] Las implicaciones de estos cambios —en cuestiones que van desde los motivos de divorcio a las razones por malpraxis— son trascendentes, pero están más allá de las miras de este estudio. <<

[55] Landis, “Marriage and Family Organization”, p. 929. <<

[56] Ver p. 37. <<

[57] Ver I. Veith, “The Far East: Reflections on the Psychological Foundations”, en *World History of Psychiatry*, ed. J. Howells, pp. 662-703 (New York: Brunner/Mazel, 1975), esp. pp. 690-691. <<

[58] M. Kato, “Present Problems in Mental Hospitals”, Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals 5 (1973): 5. <<

[59] Ver capítulos II y III. <<

[1] Ver, de modo general, R. Hunter e I. MacAlpine, *Three Hundred Years of Psychiatry, 1535-1860* (London: Oxford University Press, 1963); G. Rosen, *Madness in Society: Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness* (Chicago: University of Chicago Press, 1968); M. Foucault, *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*, trans. Richard Howard (New York: Pantheon, 1965). <<

[2] Ver, de modo general, T. S. Szasz, *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man* (Garden City, N. Y.: Doubleday-Anchor, 1970); idem, *The Age of Madness: A History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts* (Garden City, N. Y.: Doubleday-Anchor, 1973). <<

[3] Ver, de modo general, A. Deutsch, *The Mentally Ill in America; A History of Their Care and Treatment from Colonial Times*, 2nd ed. (New York: Columbia University Press, 1949), esp. pp. 88-113; S. J. Bockoven, *Moral Treatment in American Psychiatry* (New York: Springer, 1963). < <

[4] Ver, de modo general, G. Zilboorg, *A History of Medical Psychology* (New York: Norton, 1941), esp. Caps. 9 y 10; H. F. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry* (New York: Basic Books, 1970). <<

[5] Ver, de modo general, T. S. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct* (New York: Hoeber-Harper, 1961); rev. ed. (New York: Harper & Row, 1974); idem, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (New York: Harper & Row, 1970). <<

[6] Este escándalo ha llegado a tener proporciones tan vastas, que ahora invade casi todos los rincones y las grietas de nuestra vida diaria. Mientras yo escribía y revisaba este libro, las asociaciones psiquiátrica y ortopsiquiátricas norteamericanas me proporcionaron, a través de su incesante irrupción en los asuntos de los demás, el siguiente ejemplo de ello. En la quincuagésimosegunda reunión anual de la Asociación Ortopsiquiátrica Norteamericana, llevada a cabo en marzo de 1975, el Comité de Menores de Edad de la Asociación, declaró que, "El racismo es el problema número uno de la salud pública", y que "el racismo es probablemente la única enfermedad mental contagiosa"[A. Herndon, "Racism Said to Be America's Chief Mental Health Problem", *Psychiatric News*, april 16, 1975, p. 25]. La Asociación Psiquiátrica norteamericana no protestó contra esta ampliación de la nomenclatura psiquiátrica. Con el paso acelerado de los cambios en nuestro mundo actual, no pasó mucho tiempo antes de que esta viciosa retórica psiquiátrica regresara a golpear como un búmeran a los psiquiatras norteamericanos y especialmente a los judíos. En el otoño de 1975, las Naciones Unidas resolvieron declarar que el sionismo es una forma de racismo. Esto hizo que el sionismo —de acuerdo a las Naciones Unidas, cuyas actividades hasta ahora gozan del apoyo ilimitado de la Asociación Psiquiátrica norteamericana— ¡fuera una "enfermedad mental contagiosa"! En diciembre de 1975, la Directiva de la Asociación Psiquiátrica norteamericana, adoptó debidamente otra "posición oficial", esta vez sobre la definición de racismo que habían hecho las Naciones Unidas["Trustees Protest UN Zionism Resolution, Withdraw Support", *Psychiatric News*, january 21, 1976, pp. 1, 30]. En vez de darse cuenta y reconocer que el contenido del término "racismo", a semejanza del de "enfermedad mental", depende de quién tenga el poder de llenar la bolsa semántica de aire caliente retórico, la Directiva denunció el antisemitismo. La ironía de estos hechos es llevada al máximo por el hecho de que, el 19 de febrero de 1974, la Directiva había apoyado *unánimemente* a las Naciones Unidas en su "Década de Acción para Combatir al Racismo y la Discriminación Racial". Sin embargo, el

voto de la Directiva sobre la Resolución de las Naciones Unidas con relación al sionismo, *no fue unánime:* tres miembros votaron en contra. ¿Quiere decir esto, que la Directiva de la Asociación Psiquiátrica norteamericana, tiene tres miembros que, de hecho, creen que el sionismo es “una enfermedad mental contagiosa”? ¿O, que es una forma de “racismo”? ¿O, que es ambas cosas? < <

[7] K. Jaspers, *General Psychopathology* (1913, 1946), 7th ed., trans. J. Hoenig y M. W. Hamilton (Chicago: University of Chicago Press, 1963), p. 8. <<

[8] *Ibid.*, p. 807. <<

[9] *Ibid.*, pp. 839-840. <<

[10] H. Saner, *Karl Jaspers, in Selbtzeugnissen un Bilddokumenten* (Reinbeck bei Hamburg: Rohwolt, 1970); además K. Jaspers, “Philosophical Autobiography”, en *The Philosophy of Karl Jaspers*, ed. A. P. Schilpp, pp. 3-94 (New York: Tudor, 1957). < <

[11] T. S. Szasz. “Reflections on Medical Ethics”, en T. S. Szasz, *The Theology of Medicine* (New York: Harper & Row, in preparation). <<

[12] Ibid. < <

[13] Ver Szasz, *Myth of Mental Illness*. < <

[14] Ver, al respecto, T. S. Szasz, *The Second Sin* (Garden City, N. Y.: Doubleday, 1973); *idem*, *Heresies* (Garden City, N. Y.: Doubleday-Anchor, 1976). < <

[1] Ver, de modo general, T. S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions* (Chicago: University of Chicago Press, 1962). < <

[2] *Ibid.*, p. 77. <<

[3] *Ibid.*, p. 150. <<

[4] Ver T. S. Szasz, *Psychiatric Slavery* (New York: Free Press, 1977).
<<

[1] Ver, de modo general, M. Foucault, *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason* (1961), trans. Richard Howard (New York: Pantheon, 1965); y T. S. Szasz, ed., *The Age of Madness: A History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts* (Garden City, N. Y.: Doubleday-Anchor, 1973). <<

[2] Ver, por ejemplo, W. LI. Parry-Jones, *The Trade in Lunacy: A Study of Private Madhouses in England in the Eighteenth and Nineteenth Centuries* (London: Routledge & Kegan Paul, 1973). <<

[3] *Ibid.*, p. 89. <<

[4] Citado por N. Ridenour, *Mental Health in the United States: A Fifty Year History* (Cambridge: Harvard University Press, 1961), p. 76. <<

[5] Ver, por ejemplo, T. S. Szasz, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (New York: Harper & Row, 1970). < <

[6] Citado por H. R Ellenberger, “Psychiatry from Ancient to Modern Times”, en *American Handbook of Psychiatry*, ed. S. Arieti, 2nd ed., pp. 3-27 (New York: Basic Books, 1974), p. 21. < <

[7] K. Kolle, “Karl Jaspers as Psychopathologist”, en *The Philosophy of Karl Jaspers*, ed. P. A. Schlipp, pp. 437-466 (New York: Tudor, 1957), pp. 439-440. < <

[8] Ver E. H. Hare, “Masturbatory Insanity: The History of an Idea”, *Journal of Mental Science* 108 (1962): 1-25;p. 21. < <

[9] Ver G. Zilboorg, *A History of Medical Psychology* (New York: Norton, 1941), pp. 362-363. <<

[10] J. L. W. Thudicum, *A Treatise on the Chemical Constitution of the Brain* (1884), with a new historical introduction by David L. Krabkin (Hamden, Conn.: Archon Books, 1962), pp. XI-XIII. < <

[11] Ver J. Breuer and S. Freud, “Studies on Hysteria” (1893-1895), en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (London: Hogarth, 1955), vol. 2. <<

[12] Zilboorg; *History of Medical Psychology*, p. 457. <<

[13] Ver S. Freud, “The Interpretation of Dreams”, I y II (1900), in *Standard Edition*, vols. 4 y 5. <<

[14] Citado por Zilboorg, *History of Medical Psychology*, p. 543. <<

[15] S. Freud, “Leonardo da Vinci and a Memory of his Childhood” (1910), *en Standard Edition*, vol. 11, pp. 57-137. <<

[16] Ver E. Bleuler, Dementia *Praecox or the Group of Schizophrenias* (1911), trans. Joseph Zinkin (New York: International Universities Press, 1950). < <

[17] E. Kraepelin, *One Hundred Years of Psychiatry* (1917), trans. Wade Baskin (New York: Philosophical Library, 1962), pp. 151-152.
<<

[18] Citado por K. Menninger, “The Academic Lecture: Hope”, *American Journal of Psychiatry* 116 (1959): 481-491; p, 489. <<

[1] T. S. Szusz, The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement (New York: Harper & Row, 1970), esp. pp. 260-292. <<

[2] B. Russel], “The Superior Virtue of the Oppressed”, en B. Russell, *Unpopular Essays*, pp. 58-64 (New York: Simon and Schuster, 1950), p. 58. <<

[3] *Ibid.*, pp. 58-59. <<

[4] *Ibid.*, p. 61. <<

[5] *Ibid.*, p. 63. <<